

Jordmødres refleksjoner vedrørende samhandling
med fødekvinnen ved valg av epiduralbedøvelse
-en kvalitativ studie

Solfrid Forbord



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

15.desember 2010



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Solfrid Forbord	Dato: 15.12.2010
Tittel: Jordmødres refleksjoner vedrørende samhandling med fødekvinne ved valg av epiduralbedøvelse. En kvalitativ studie.	
Sammendrag Formål: 1) Å utforske jordmorens refleksjoner og opplevde handlingsrom knyttet til faktorer som påvirker bruk av epiduralbedøvelse ved normal fødsel og beskrive hvordan brukervedvirkning ble reflektert. 2) Å drøfte sammenhengen mellom medvirkning og økt teknologisering ved fødsel. Funnene fra den empiriske studien er presentert i artikkelform. Drøfting av sammenhengen mellom medvirkning og teknologisering er presentert i en refleksjonsoppgave. Teoretisk forankring: I tillegg til forskningslitteratur om brukervedvirkning og bruk av teknologi under fødsel ble Thompson's modell om pasientinvolvering benyttet til å belyse problemstillingen i den empiriske studien og refleksjonsoppgaven Metode: Syv dybdeintervju med jordmødre ansatt ved fire forskjellige sykehus i Norge ble gjennomført i 2009. Diskursanalytisk tilnærming ble brukt for å utforske hvordan jordmødrene forholder seg til underliggende normer eller diskurser som påvirker deres praksis. Analysen viste et spenningsfelt mellom medvirkning og bruk av epiduralbedøvelse. Dette spenningsfeltet ble valgt som tema i refleksjonsoppgaven, hvor Thompson's klassifisering av pasientinvolvering ble benyttet til å drøfte sammenhengen mellom medvirkning og økt teknologisering ved fødsel. Funn: Jordmødre arbeider innenfor to konkurrerende diskurser; brukervedvirkning versus profesjonell autonomi, og fødsel som en naturlig eller en medisinsk hendelse. Diskursene som støttet synet på fødsel som en medisinsk hendelse var kontroll-, redsel og effektivitet. Jordmødrene trakk frem risikoen ved bruk av epiduralbedøvelse under fødsel. Dette funnet støttet synet på fødsel som en naturlig hendelse. I refleksjonsoppgaven benyttes litteraturen for å identifisere og utdype mekanismer bak en sammenheng mellom medvirkning og økt teknologisering av fødsler. Konklusjon: Funnene i studien og refleksjonene omkring disse tydeliggjør behovet for en økt oppmerksomhet og en kritisk diskusjon i eksisterende fagmiljøer om effekten av brukervedvirkning.	
Nøkkelord: Jordmor, epiduralbedøvelse, fødsel, brukervedvirkning	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Solfrid Forbord	Date: 15.12.2010
Title: Reflections by midwives regarding aspects that influence the choice of using or not using epidural anaesthesia. A qualitative study.	
<p>Abstract:</p> <p>Aim: 1) To explore midwives reflections in factors that influences the choice of using epidural analgesia (EDA) in normal labour and to describe how user participation was reflected.</p> <p>2) To discuss the relation between user participation and increased use of technology in labour.</p> <p>Results from the empirical research are presented in a scientific paper. Discussion of the relation between user participation and increased use of technology is presented in an essay.</p> <p>Literature Review: In addition to research literature on user participation and use of technology in labour, Thompson's taxonomy on patient involvement was used to discuss the question of interest in the empirical study and the essay.</p> <p>Method: In-depth interviews were conducted with seven midwives working in four hospitals in Norway in 2009. The analysis in this study was inspired by a discourse analytical approach to explore how midwives relate to underlying norms or discourses that contribute to their practices. The analysis showed the tension between user participation and use of EDA. This tension was chosen as subject for the essay, where Thompson's taxonomy of patient involvement was used to discuss the relation between user participation and increased use of of technology in labour.</p> <p>Results: The findings from the study indicate that contemporary midwives work within the intersection of two competing discourses; user participation versus professional autonomy, and labour as medical or natural event. The discourses that supported midwives seeing labour as a medical event appeared and were control, fear and efficiency discourses. The risks associated with use of EDA in labour supported midwives seeing labour as a natural event. In the essay the literature was used to identify and scrutinize mechanisms between user participation and increased use of technology in labour.</p> <p>Conclusion: The findings of the study and the discussion in the essay highlight the need for professionals to promote a critical discussion of the effect of user participation.</p> <p>Key words:</p> <p>Midwife, Epidural analgesia, Childbirth, User participation</p>	

Forord

En stor takk til min hovedveileder ved Universitet i Oslo, førsteamenueensis Christina Foss, for klare og konkrete tilbakemeldinger.

Takk til biveileder og forskningsleder Ellen Blix ved Universitetet i Nord- Norge for inspirerende refleksjoner og kritiske tilbakemeldinger.

Medstudenter ved universitetet berømmes for interessante diskusjoner og kollokvier.

En varm takk til respondentene som velvillige delte sine refleksjoner.

Takk til ledere og kollegaer på Kvinneklubben, Rikshospitalet, som har delt erfaringer og oppmuntret til arbeidet. Takk til min arbeidsgiver for studiedager i oppstarten av masterstudiet. Cecilie og Tom Wilhelmsens stiftelse takkes også for økonomisk støtte.

Dernest vil jeg takke Stacie Oulton og Dave Rolph for språkvask.

Til slutt vil jeg takke venner og familie for all oppmuntring.

Solfrid Forbord

2010

“They need to be satisfied.” User Participation in Labour, as Reflected by the Midwives

Solfrid Forbord

Master student, Institute of Nursing and Health Sciences, University of Oslo,
Norway

Correspondence: Solfrid Forbord, University of Oslo, Institute of Nursing and
Health Sciences, Nursing sciences, PO Box 1153 Blindern, 0318 Oslo, Norway

Solfrid.forbord@studmed.uio.no

Abstract

“They need to be satisfied.” User Participation in Labour – as Reflected by the Midwives

Objectives: The aim of this study was to explore issues that determine the choice of using or not using epidural analgesia (EDA) in normal labour, and to describe how user participation was reflected in the interaction between the midwife and the pregnant woman in this choice.

Study design: In depth interviews were conducted with seven midwives working in four hospitals in Norway in 2009. The analysis in this study was inspired by a discourse analytical approach to explore how midwives relate to underlying norms or discourses that contribute to their practices.

Main outcome measures: Midwives’ reflections in relation to user participation and use of EDA in labour.

Results: The findings from the study indicate that contemporary midwives in Norway work within the intersection of two main competing discourses; user participation versus professional autonomy, and labour as medical or natural event. The discourses that supported seeing labour as a medical event were control, fear and efficiency. The perceived risks associated with use of EDA supported midwives seeing labour as a natural event.

Conclusion: The study shows how strong the ‘consumer discourse’ has become in labour. This discourse strongly affects midwives’ professional practice. This study alerts the importance of promoting a public and a critical discussion of user participation in labour.

Key words: Midwife, Epidural analgesia, Childbirth, User participation, Qualitative study

“They need to be satisfied.” User Participation in Labour- as Reflected by the Midwives

Introduction

User participation is a relatively new ideology that first appeared in Europe in 1970s [1] and reached Norway the early 1990's [2]. The contemporary health care policy of user participation affects midwifery in different ways. The increased focus on user participation in delivery rooms in Norwegian hospitals has correlated with an increased rate in the number of women who use epidural during childbirth [3]. This study focuses on challenges experienced by midwives faced with today's ideology of user participation, often resulting in an extensive quest for epidural analgesia (EDA).

Management of pain during labor remains an area of health care that receives significant contemplation. The past four decades have witnessed a continual increase in use of regional anesthesia during labour and delivery in most countries [3, 4]. In Norway, EDA is not currently implemented as part of a normal labor. The epidural rate is in average 28 percent and about 50 percent for primipara at some hospitals [5]. Midwifery has traditionally focused on client support rather than technological measures, a practice based on a view of birth as a normal, natural process [6]. Today many midwives are involved in providing EDA to their clients, and this trend may continue and probably even increase.

In Norway pregnant women are assisted by midwives through the entire normal labour and delivery. Obstetricians are only called for further assistance or treatment if complications arise. The anaesthesiologists establish EDA on midwives' request whereas the administration is delegated to midwives.

A midwife's care during childbirth is based on complex multidimensional reflections. She is obligated to make decisions that facilitate a normal birth and in this way align with professional requirements [7]. She is also obligated to comply with contemporary ideals of free choice, autonomy for women and user participation [6]. These two concerns might create tensions, and the effects of obstetric technology on traditional midwifery skills have been

described as an important area for research [8]. This study focuses on midwives reflections on labouring women's quests to decide use of EDA, what tensions this quest might create, and how midwives meet this challenge. The husbands' or other companions' view are also part of user participation, but were not addressed in this study.

EDA and medicalization of childbirth

In the past, EDA was used only for medical reasons, but it is now commonly used during an uncomplicated labour [9]. Epidurals are associated with some adverse obstetric consequences as EDA prolongs the second phase of labor, and increases oxytocin augmentation [10]. Furthermore, EDA is associated with increased risk of instrumentally assisted delivery [10], which in turn is associated with increased risk of a negative birth experience and fetal trauma [11]. In spite of this, EDA is accepted as part of normal birth in some hospitals in the United States, and some hospitals are now approaching 100 percent use of EDA [4].

Intra partum support

Studies show that one-on-one support from the midwife is more important for a positive birth experience than EDA [12, 13]. With continuous intra partum support women are found to be more likely to have a spontaneous vaginal birth and a shorter labour [14]. It is noteworthy that pain and pain relief do not play the main role in patient satisfaction with childbirth [13, 14]. The factors that consistently correlate with satisfaction during labour and delivery are the amount of support a woman receives from caregivers, her personal expectations of childbirth, the quality of her relationship with caregivers and her involvement with decision- making [12].

The increase in technology used at the bedside of labouring women has functioned to both reduce the need for one – on- one support and to shift the approach of intra partum midwives. This shift is characterized by less direct interaction with the labouring woman and fetus and more surveillance of the technological monitoring devices. This shift significantly alters the intimacy of the relationship between midwives and labouring women [15]. Literature indicates that there is a need to enhance the understanding of the complexity of balancing pain relief with non- intervention. Research that is based on how midwives relate to this choice and what underlying norms or discourses contribute to their practices is scarce.

Aim and purpose

This study was conducted to uncover aspects that influence the decision to offer or avoid EDA. The aim of this study was to explore issues that determine the choice of using or not using EDA in normal labour and to describe how user participation was reflected in the interaction between the midwife and the pregnant woman in this choice. The main purpose of the study was to provide knowledge that can guide a discussion of the issue in scope and to document midwives' reflections as point of departure for such a discussion.

METHOD

Professional judgment is not static but is situated within a social, political and historical context that shapes decisions and judgments. One path toward understanding the underlying structures in the present existing understanding is by investigating how ways of speaking about certain aspects and practice shapes as well as reflects the existing discourses in the field. According to Wetherell, Talor & Yates [16:1]; "Discourse research offers routes into the study of meanings, a way of investigating the back and forth dialogues of signification and representation which constitute culture." The basic assumption within this perspective is that it is possible to investigate how the midwives constitute, enables and constrains their understanding and practices of user participation and use of EDA in labour by exploring how they talk about these matters.

Setting and participants

Midwives from four local, regional and university hospitals in the Southern and Northern part of Norway, where EDA was accessible around the clock, were invited to participate. Seven registered midwives with one to twenty four years of delivery room experience participated (Table 1).

Sampling in qualitative research is purposive [17]. Midwives were recruited in accordance with a combination of maximum variation and snowball sampling. Both novice and experienced midwives were recruited to optimize the chance of multiple and diverse

reflections. The participants were employed at least $\frac{3}{4}$ time and worked all shifts, in order to capture a possible difference between night and day shifts. Hospitals were selected according to maximum variation sampling, rural and urban, large and small, in order to optimize the chance of multiple reflections [17]. This sample was also chosen because of the chance of local cultures affecting how modernized hospitals were regarding user participation and technology. The birth rate at the hospitals was 250 to more than 3000 births per year (Table 1).

Procedure and ethical considerations

The leadership of the departments gave permission to carry out the interviews. Head midwives of the labour units recruited participants and the researcher chose some of them, so the leaders did not actually know who participated. The recruitment was easy, and none of the asked midwives declined to participate. Interviews took place in a quiet room outside the departments. The midwives received written and verbal information about the study. They signed an informed consent prior to the conduction of the interviews [17]. The Norwegian Social Science Data Services (NSD) was informed and permission from the local protection committee was obtained. Data were confidentially treated in accordance with the Helsinki declaration.

The interviews were taped and transcribed verbatim in order to structure the interviews so they were more suitable for the analysis. Recordings were securely stored during transcription and analysis and destroyed as soon as the analysis was completed. Participants were not identified in any presentation of the data [17].

In depth interview

Thematic interviews were carried out with midwives who narrated their reflections of dilemmas in use of EDA. A semistructured interview guide was used during two pilot interviews. The midwives did not narrate freely, so the next seven interviews were followed by thematic interviews with questions aimed at encouraging the midwives to more freely narrate their reflections. The interview began with a broad opening question: "Could you tell me about what delivery means for you?" Every researcher brings assumptions to their research and shapes what is done and what is found [17]. The interviewer was actively involved in encouraging the respondent to converse about the research issue under discussion.

The themes in the guide were: affect of user participation on use of EDA, midwives' influence on the choice of EDA and midwives' reflection on the process of labour/ birth. The respondent's lead was heeded during the interviews. The purpose of this format is to capture the respondents' reflections and emergence of issues that the interviewer may not anticipate or be aware of [17]. The interviews lasted between 40 and 85 minutes. Since the midwives were interviewed about labours with healthy women expecting a healthy child, labours involving medical conditions were beyond the scope of this study.

Analysis

The analysis in this study was inspired by a discourse analytical approach to explore how midwives relate to underlying norms or discourses that contribute to their practices. Understanding of social and professional practices appears by making connections to the discourses that give meaning to them. Discourses are in this study understood as the patterned ways of thinking that can be identified in verbal communication and related to wider social structures; in society in general as well as in professional midwifery practice. Discourses are enacted within a social context and supported by the context; they are not mere disembodied utterances. Analyses of discourses can unveil understandings about the way health- care practices have come to be what they are [16].

The analysis of discourse was inspired by Potter and Wetherell's (1987) iterative process, incorporating three main steps [18]. The first step was identifying statements, for instance the pros and cons for use of EDA. For example, one pro cited for using EDA was that "the woman can relax for a while" and one noted disadvantage was that "the delivery will more likely end up in an instrumental delivery." The second step was identifying the discourses within which they were positioned. Identified explanations were categorized according to what they implicitly had in common: sets of assertions available to the respondents to explain their midwifery practice. To help us in the process of identifying discourses at play, the question "Why was this said and not that?" was asked as recommended by Cheek [19:43]. This question helped us situate texts in their social, cultural and historical context and thus identify the underlying assumptions. An example was the discourse of efficiency as an influence on the decision to use EDA. The last step was categorizing and theorizing discourses. Discourses were sorted to create a larger picture of the main discourses regulating

how EDA was perceived and chosen. The supervisors acted as inter-raters to ensure rigour in the interpretation.

RESULTS

The findings have provided, from seven midwives point of view, a portrayal of midwives' reflections in four birthing units. Throughout the analysis an overall picture of dilemma emerged from the data.

The findings indicate that contemporary midwives in Norway work within the intersection of two main competing discourses; user participation versus professional autonomy, and labour as medical or natural event. The discourses that supported seeing labour as a medical event appeared and were discourses of control, fear and efficiency. The risks associated with use of EDA supported midwives seeing labour as a natural event. What follows is an in depth presentation of the midwives' reflections. The presentation is organized to mirror what was identified as a process of weighting discourses of user participation against professional discourses of birth as a normal versus a medical event.

Assertive request for EDA

User participation is a strong norm

The midwives presented many women who made assertive requests for EDA as healthy mothers who didn't appear to suffer from previous emotional trauma; they simply made a choice to use EDA. The decision was made during the pregnancy, in advance of the event:

"We agree that many expecting mothers who request an epidural could have managed without it. However, it isn't always the right moment to change the decision previously made when they come into the birthing ward. If the dilation is more than 4 cm and they have good contractions, then I make the request for the epidural even if I don't feel it is the best. We often discuss that it is so unfortunate. We believe it has something to do with the antenatal care." (Anne)

The midwives also implied that the user participation is so integrated that they are not able to change the women's attitude when they enter the labour floor. They actually said the choice could and should have been considered together with the midwife at the labour floor, and expressed concern about the contemporary trend to opt for EDA at some random point during pregnancy. Midwives explained that expectant mothers have a medical focus towards contractions and they are often not aware of their own ability to affect the birthing process:

“They have not taken part in a prenatal preparation class. And consequently they are not focused on their good power. They are more focused upon the challenge with the pain.”
(Anne)

This quotation supported that women in labour are seeing labour as a medical event and it is due to a lack of prenatal preparation.

The need for control

To ignore the expressed desire of laboring women by refusing a request for EDA can cause suffering, as this example illustrates:

“She had a wish for epidural for her second child birth, but there was not sufficient time to give her the epidural. Consequently, she ended up with a negative birth experience. As long as her expectations were not met, it became a terrible experience and a terrible birth for her, even though she actually had a normal birth.” (Mette)

The quotation illustrated that midwives have to take women's participation seriously; otherwise the consequence might be a feeling of lost control and consequently a negative birth experience for women. It also shows how important control over the birth is for the woman in labour – if things do not follow what is expected that will inevitably result in a negative birth experience. The discourse of participation is thus also, in this context a discourse of control over nature.

The fear of a dissatisfied customer

The midwives' provision of EDA might also be the result of a policy of participation as a legal right. They feared the consequence of denying the women's demands. Midwives

revealed also that they were influenced by the hospital's policy "to choose" EDA to gain satisfied clients, which can be seen in the following example:

"The policy at our birthing ward is this: If they want epidural, they will receive it. If they come to a certain point, we will not deny it. If we start doing that, I do not believe that we are creating a very good atmosphere, either in the birthing room, afterwards or even later."
(Johanna)

The midwives felt obliged to comply with expectant mothers' assertive requests. The advice of not using EDA could result in complaints either in the birthing room, right after the birth or even later. The fear of complaints was a strong discourse and indicated that the ideal of participation has become strongly attached to professionalism – even when conflicting with other professional ideals indicating that the quest for "the satisfied client" is a strong discourse among the midwives

Weak request for EDA

Expectant mothers who were not as assertive regarding the use of EDA, were seen as more likely to be influenced by the midwives. These women might have a weak, often not explicitly expressed, wish for EDA. Midwives acknowledged that provision of EDA in childbirth for these women was more open to discussion and to shared decision-making between the midwife and the woman in labour. In the decisionmaking process, the midwives discussed different factors that influenced how they acted towards the women and not all of the concerns revolved around natural labour.

Pros and cons were identified. The pros which were identified for use of EDA were the impact of efficiency and the convenience of a pain free patient.

The impact of efficiency

The data exposed the practical and pragmatic justifications for medical convenience, such as staffing shortages and busy schedules, thus indicating that discourses of efficiency are important.

”Time plays an important factor here: you are racing between two women in labour. Both of them are really in need of your time the entire labour. It is easier to give in to the pressure and get the epidural. It is not a good solution, but sometimes we do it. Epidural is not the midwives’ preference, but sometimes it is easier, if we really do not have sufficient time.”
(Kirsti)

Statements like that suggest that use of technology of birth is related to discourses of efficiency. It appeared that in some instances there was more of a provider problem than a population problem. The midwives were unable to provide the necessary one- on- one support.

Sometimes, the choice of whether or not to use EDA was argued as related to availability. In these cases, the busy schedule of anesthetists could prevent labouring women from accessing EDA. In the following account, midwives told of situations in which anesthetists were not able to provide EDA:

”One woman came to the labour floor with 3 cm of dilation. We called and requested an epidural. The epidural never came, the anesthetist was working with a patient having a heart attack. Because of the high level of activity at the hospital on that occasion, we were unable to administer an epidural.” (Anne)

This aspect of efficiency, the unavailability of EDA due to staffing constraints, was only seen in the data from the two urban hospitals.

Midwives at the rural hospitals, on the other hand, reported the opposite aspect of the time:

”Our presence during birth plays an important role; we have time to be there the entire way through. It is not that labouring women should be ashamed of using an epidural, but I think that we can assist properly with presence and good information. This will make the process natural, pleasant and positive. A labouring woman should be able to manage and we are going to be there to help her the entire time. Of course, I know that one midwife cannot manage many simultaneous births which we have experienced.” (Gunvor)

The midwife at the rural hospital considered labour as a natural event. In the way she was speaking she was expressed that she felt privileged, because she had plenty of time to support the women’s natural capacity to give birth.

The convenience of a pain-free patient

Another aspect of the time issue concerns midwives who are tired during long or nighttime shifts. One midwife mentioned use of EDA as a less exhausting and quieter option for tired midwives on nightshift. At times, midwives don't have the constitution to withstand the loud sounds of labour:

“The substitute midwives utilize EDA because they don't have the energy to handle first time mothers that are howling the entire night.” (Gunvor)

However, midwives' convenience played only a small role in determining the use of medical intervention in childbirth.

The growing use of EDA in maternity care might affect midwives' practice. An American study highlighted challenges in differentiating between constructive and nonconstructive pain. The midwives also could lose their capacity to support women who want to give birth without EDA [4].

The “cons” identified for use of EDA was the discourse of risk.

Risk

All midwives highlighted risks associated with EDA. They illustrated the risk in this way:

“We try to motivate for a birth without EDA, because we know EDA prolongs the process and ends in an instrumental delivery.” (Thea)

“The reason for lack of enthusiasm regarding EDA is the fear of consequences for the newborn.” (Johanna)

“I will for sure strive to get a normal birth process. We have too many instrumental deliveries. Many Norwegian women have not experienced completely normal births. It is nonsense. EDA should be used under the right circumstances.” (Elise)

This comment reveals the frustration that midwives feel in regard to professional loss in midwifery. Those midwives were dejected because of the fact that less women gave birth

normally, resulting in rising rates of interventions and more complications. The discourse of risk was in conflict or competed with the discourse of user participation.

DISCUSSION

The main impression from the data indicated that the midwives balanced between different discourses, including user participation versus professional autonomy, and labour as medical or natural event. Discourses of control, fear, efficiency, convenience and risk were also at play and affected the decision- making process.

Midwife's position

In this study, we found that the discourse of user participation was overriding the discourse of labour as a natural event. Does this indicate that the discourse of labour as a natural event is actually not the strongest discourse among the midwives who participated in this study? The right of participation provided the opportunity of a choice for the woman in labour. When the choice was not in accordance with the midwives' view of childbirth as a natural process, the midwives faced a dilemma. Midwives were dejected because most expectant mothers made the decision to use EDA before the midwives were able to present alternatives. They expressed a concern toward this contemporary trend among women and suggested that user participation had possibly become too important in the birthing process, even to the point of overriding every other perspective.

Moving from practicing autonomously as guardians of normal natural birth to becoming an extension of the medical establishment seemed to be of concern for the midwives in this study. The midwives' professional autonomy might be threatened if the midwives' assessments and interaction with the women are reduced to provide an order to their clients. This practice may raise questions about midwives' knowledge, competence and eventually their professional image. This issue is congruent with studies from United States [4, 15].

The discourse of fear- the fear of complaints- pushed midwives to practice defensively, so these women seemed to get EDA with no discussion. This highlights the ways midwives are caught within the discourse of user participation in both positive and negative ways in their practice. They balance the negative elements: fear of complaints [20] and the positive elements: partnership with woman [12]. This contemporary practice is also seen in other studies [20].

The midwives expressed a feeling of loss of something crucial in human life with the loss of women's ability to give birth normally and the loss of trust in birth as a normal life event. Kardong- Edgren has reported the same [21]. These midwives rejected the use of technology because these interventions de- emphasized the tradition and ritual of clinical skills.

Change in the future?

Efficiency affected midwives at the large, urban hospitals to accept medical choices of interventions such as EDA. The use of EDA was not a result of professional assessments, but a result of too many clients per midwife. Midwives at the smaller, rural hospitals, on the other hand, reported the opposite aspect of the time. They felt privileged because they had time to provide one- on- one support. The discourse of user participation reflected the trend of organizational efficiency [22]. There seems to be a culture at the large, urban hospitals in which the user is seen as a consumer who is actively involved in choices to increase efficiency in the public sector.

The busy schedule of anesthetists could prevent laboring women from accessing EDA at two urban hospitals. The higher tempo at urban hospitals and a requirement for efficiency might affect the use of EDA in labour. Subsequently, the discourse of efficiency was in conflict with the discourse of user participation.

Midwives were influenced by the discourses of hospital's policy in regard to the choice issue. This is in accordance with a Swedish study where the conclusion was that the local cultural practices in the delivery unit matter with regard to the use of EDA. An influential leadership with a commitment to encouraging natural childbirth may reduce the EDA rate, whereas a leader with a stronger focus on reducing labour pain may influence the caregivers to use EDA [23].

The sets of concerns that were addressed in regard to the discourse of user participation and midwives autonomy issue a strong challenge to midwives. The findings cannot be generalized because of a small sample, but they can provide a basis for reflection and further development of midwifery practice. The pressure on professionals to respond to user participation means that professional autonomy for midwives is limited. The complex outside world, where midwives have to consider fear, efficiency and control discourses, can be a hindrance to the goals of their professional knowledge and responsibility. At the end of the day, we have to critically discuss if the customer/user is less trusting of health professionals than traditional patients were. The women's wish for making decisions on their own is a sign of distrust. If patients doubt whether midwives' advice is grounded in good intention for their health or grounded in cost effectiveness, the trust will erode. Distrust demonstrates the need for discourse of user participation [22, 24]. An informal inquiry of medical leaders indicates that most believe trust is eroding in the US, because medicine is presented as a marketplace that view patients as consumers and because of exaggerated patient participation in decisions [25]. The politics is focused on profit. The requirement for efficiency can also affect the trust of midwives in Norway. Additionally, more informed consumers and increased media attention to medical uncertainty and error can lead to distrust. Social trust in medicine and midwifery reflects public attitudes and is shaped by media and current events [24, 25].

Antenatal care

The basic assumption was that the midwives in antenatal care enable and constrain user participation and possibly user participation has become too important, even to the point of overriding every other perspective. Aside from having a different position and different responsibilities than the midwives within a hospital, midwives in antenatal care have positioned themselves to their relationship with the people they serve.

Midwives balanced between different discourses, including user participation and professional autonomy, and between discourses of labour as medical or natural event.

Furthermore, the discourse of risk was in conflict with the discourse of user participation. The reasoning for the conflict was the EDA's consequences. Epidurals are associated with some adverse obstetric consequences [10, 11]. Studies show that one-on-one support from the midwife was more important for a positive birth experience than EDA [12].

In conclusion, the study shows how strong the 'consumer discourse' has become in labour. This discourse strongly affects midwives' professional practice. This study alerts the importance of promoting a critical discussion of user participation in labour.

References

- [1] C. Hogg, Patient and public involvement: what next for the NHS? *Health Expect*, 10 (2) (2007) 129- 38.
- [2] A. Tjora, *Den moderne pasienten*, Gyldendal Norsk Forlag, (2008).
- [3] A. Barratt- Due, I. Hagen, V. Dahl, Smertelindring til fødende i norske sykehus, *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 18(2005) 2504- 6.
- [4] E.Graninger, W. McCool, Nurse-midwives' use of and attitudes toward epidural analgesi, *Journal of Nurse-Midwifery*, 43 (4) (2001) 250- 261.
- [5]Medisinsk fødselsregister (2008). [On-line]. Available 15.03.2010:
<http://www.fhi.no/mfr>
- [6] G. Blåka, T.S. Eri, Doing midwifery between different belief systems, *Midwifery*, 24 (3) (2008) 344-52.
- [7]WHO, *Care in normal birth, A practical guide*, Geneva (1996).
- [8] E.Blix, L.S. Öhlund, Norwegian midwives' perception of the labour admission test, *Midwifery*, 23 (2007) 48-58.
- [9] W.F. McCool, J.Packman, A. Zwerling, Obstetric anesthesia: changes and choices, *J Midwifery Womens Health*, 49 (2004) 505-513.
- [10]M. Anim-Somuah, R. Smyth, C. Howell, Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1 (2009) CD 000331.

- [11] U.Waldenström,I. Hildingsson,C. Rubertsson, A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample, *Birth*, 31(2004) 17–27.
- [12] E.D.Hodnett , Pain and women's satisfaction with the experience of child birth- a systematic review, *American Journal Obstet Gynecol*, 186 (2002) 160- 72.
- [13] U.Waldenström , L. Irestedt, Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and on year after birth, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 27(3) (2006) 147-56.
- [14] E.D.Hodnett, S.Gates, G.J. Hofmeyr, C. Sakala, Continuous support for women during childbirth, *Cochrane Database Syst Rev*, 1 (2009) CD003766
- [15]B.Hoerst, J.Fairman, Social and professional influences of the technology of electronical fetal monitoring on obstetrical nursing, *West J Nurs Res*, 22(4)(2000) 475- 491.
- [16] M.Wetherell, S.Talor, S. Jates, *Discourse as Data: A Guide for Analysis* London: Sage, (2001).
- [17] P.L.Rice, D. Ezzy, *Qualitative research methods*, University press, oxford, (2001).
- [18] J. Potter,M. Wetherell, *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behavior*, London: Sage, 1987.
- [19] J.Cheek, *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*, Sage publications, California, (2000).
- [20] R. Surtees, Everybody expects the perfect baby... and perfect labour... and so you have to protect yourself: discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa/ New Zealand, *Nursing Inq*, 17 (1) (2010) 82-92.

- [21] S. Kardong- Edgren, Using evidence- based practice to improve intrapartum care,
Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal nursing,30 (2001) 371- 375.
- [22] O. Lian, Når helse blir en vare, Høyskoleforlaget, Kristiansand (2003).
- [23] E. Schytt, U. Waldenström, Epidural for labor pain: whose choice, Acta
Obstetricia et Gynecologica, 89 (2010) 238-242.
- [24] D. Mechanic, Public trust and initiatives for new health care partnerships.
Milbank Quarterly, 76(2):281-302, 1998.
- [25] D. Mechanic, Changing medical organization and the erosion of trust
Milbank Quarterly, 74(2):171-89, 1996.

Table

Table 1

Strategy of sampling (n= 7)

<u>Midwife</u>	<u>Age</u> <u>(Years)</u>	<u>Experience</u> <u>(Years)</u>	<u>Hospital</u> <u>nr</u>	<u>Type of hospital</u>	<u>Location</u>	<u>Hospitals'</u> <u>average rate</u> <u>of EDA at</u> <u>labour,without</u> <u>sectio (%)</u>	<u>Number</u> <u>of</u> <u>births</u> <u>per</u> <u>hospital</u>
<u>Anne</u>	<u>48</u>	<u>15</u>	<u>1</u>	<u>University/Regional</u>	<u>Urban</u>	<u>27</u>	<u>>3500</u>
<u>Thea</u>	<u>34</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>University/Regional</u>	<u>Urban</u>	<u>27</u>	<u>>3500</u>
<u>Mette</u>	<u>48</u>	<u>5</u>	<u>2</u>	<u>Local</u>	<u>Urban</u>	<u>23</u>	<u>2800</u>
<u>Kirsti</u>	<u>46</u>	<u>20</u>	<u>2</u>	<u>Local</u>	<u>Urban</u>	<u>23</u>	<u>2800</u>
<u>Elise</u>	<u>41</u>	<u>11</u>	<u>3</u>	<u>Local</u>	<u>Rural</u>	<u>19</u>	<u>800</u>
<u>Johanna</u>	<u>58</u>	<u>30</u>	<u>3</u>	<u>Local</u>	<u>Rural</u>	<u>19</u>	<u>800</u>
<u>Gunvor</u>	<u>55</u>	<u>21</u>	<u>4</u>	<u>Local</u>	<u>Rural</u>	<u>15</u>	<u>270</u>

(Medisinsk fødselsregister, 2008)

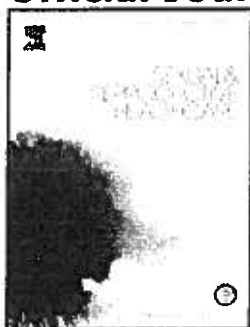
ELSEVIER

- [Home](#)
- [Products](#)
- [Alerts](#)
- [User Resources](#)
- [About Us](#)
- [Support & Contact](#)
- [Elsevier Websites](#)






[Search](#)[Advanced Product Search](#)[Browse Journals](#) > [Sexual & Reproductive HealthCare](#) > [Guide For Authors](#)

Sexual & Reproductive HealthCare

Official Journal of the Swedish Association of Midwives

**ISSN:** 1877-5756**Imprint:** ELSEVIER

Actions

-  [Submit Article](#)
-  [Order Journal](#)
-  [Free Sample Issue](#)
-  [Recommend to Friend](#)
-  [Bookmark this Page](#)

Statistics

Issues per year: 4

Additional Information

- [Related Publications](#)
- [Editorial Board](#)
- [Login to Editorial System](#)
- [Leading Resources in Women's Health](#)

Readers

- [Order Journal](#)
- [Access Full-Text](#)
- [Free Sample Issue](#)
- [Volume/Issue Alert](#)
- [Free Tables of contents and abstracts](#)

Authors

- [Authors Home](#)
- [➔ Submit an Article](#)
- [➔ Track Your Accepted Articles](#)
- [Guide for Authors](#)
- [Artwork instructions](#)
- [Authors Rights](#)
- [Funding Bodies Compliance](#)

Librarians

- [Librarians Home](#)
- [Ordering Information and Dispatch Dates](#)
- [Abstracting/Indexing](#)

Editors

- [Editors Home](#)
- [➔ Article Tracking for Editors](#)
- [Ethics Questions \(PERK\)](#)

Reviewers

- [Reviewers Home](#)

Advertisers/Sponsors

- [Advertisers Home](#)
- [Reprints Information](#)

Societies

- [Society Home](#)
- [➔ The Swedish Association of Midwives](#)



Printer-friendly

Guide for Authors

Official Journal of the Swedish Association of Midwives

*** LAUNCHING JANUARY 2010! *** SUBMIT YOUR ARTICLE TODAY! ***

INTRODUCTION

- [Aim](#)
- [Types of Paper](#)
- [Contact Details for Submission](#)

BEFORE YOU BEGIN

- [Ethics in Publishing](#)
- [Policy and Ethics](#)
- [Conflict of interest](#)
- [Submission declaration](#)
- [Contributors](#)
- [Copyright](#)
- [Retained author rights](#)
- [Role of the funding source](#)
- [Funding body agreements and policies](#)

• [Language and language services](#)

- [Patient details](#)
- [Submission](#)
- [Referees](#)

PREPARATION

- [Use of wordprocessing software](#)
- [Article structure](#)
- [Materials and Methods](#)
- [Results](#)
- [Essential title page information](#)
- [Abstract](#)
- [Keywords](#)
- [Abbreviations](#)
- [Acknowledgements](#)

• [Nomenclature and units](#)

- [Accession numbers](#)
- [Footnotes](#)
- [Artwork](#)
- [Tables](#)
- [References](#)
- [Video data](#)
- [Supplementary data](#)
- [Submission checklist](#)
- [Additional information](#)

AFTER ACCEPTANCE

- [Use of the Digital Object Identifier](#)
- [Proofs](#)
- [Offprints](#)

AUTHOR INQUIRIES



Introduction

Aim

Sexual and Reproductive Healthcare is a peer-reviewed, quarterly, multidisciplinary journal of the Swedish Association of Midwives. It is a global forum for health research and policy topics. It publishes original research, scientifically-based review articles, and invited editorials and commentaries related to sexual and reproductive health care. Studies with various methodologies are welcome.

The journal welcomes original papers in all aspects of sexual and reproductive health including family planning and counseling, management of pregnancy, labour and birth, breastfeeding, postnatal care, parenthood, abortion, infertility and IVF, sexually transmitted diseases and HIV prevention, and issues related to the menopausal and post-menopausal years. Also welcome would be topics such as cultural, educational, historical and professional aspects of reproductive and sexual health.

The journal audience would include researchers, social scientists, health care providers as well as policy and decision makers in sexual and reproductive health.

Types of Paper

Original articles: a full-length report of original basic or clinical investigation (3000-5000 words including tables, up to 30 references). A structured abstract of no more than 250 words with the following sections (objectives, study design, main outcome measures, results, conclusions) is required. The rest of the paper should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, References.

Short communications must not exceed 1,000 words with no more than one table or illustration and five references. An unstructured abstract of no more than 100 words is required. The text should be structured in four parts: Introduction, Methods, Results and Discussion.

Review articles: a comprehensive review of prior publications relating to an important clinical subject (2000-3000 words and 30-50 references). An unstructured abstract of no more than 250 words is required. The Introduction should indicate why the topic is important and should state the specific objective(s) of the review. The Conclusion should include the clinical implications and observations regarding the need for additional research.

Guest editorials: must not exceed 1,000 words and five references.

Letters to the Editor: a question or challenge to an article published recently in *Sexual and Reproductive Healthcare*. Letters must be received within 6 weeks of publication of the article to which they refer and should be no longer than 250 words.

Contact Details for Submission

Submission of manuscripts proceeds entirely online at ➔ <http://ees.elsevier.com/srhc>



Before You Begin

Ethics in Publishing

For information on Ethics in Publishing and Ethical guidelines for journal publication see ➔ <http://www.elsevier.com/publishingethics> and ➔ <http://www.elsevier.com/ethicalguidelines>.

Policy and Ethics

All manuscripts reporting data from studies involving human participants should include a statement that the research protocol was approved by the relevant institutional review board or ethics committees. Please state in the Method section the manner in which informed consent was obtained from the participants. The work described in your article must have been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans ➔ <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

Conflict of interest

All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work. See also ➔ <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>.

Submission declaration

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere including electronically in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder.

Contributors

Submission of multi-authored manuscripts to this journal requires the consent of each author and all have to sign the covering letter. All authors of, and all contributors must specify their individual contributions at the end of the text. The following format is suggested: "I declare that I participated in the (here list contributions made to the study) and that I have seen and approved the final version. I have the following conflicts of interest" (list here all relevant conflicts and source of funding). This should be listed in the "Comments" field in EES.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (for more information on this and copyright see <http://www.elsevier.com/copyright>). Acceptance of the agreement will ensure the widest possible dissemination of information. An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations (please consult <http://www.elsevier.com/permissions>). If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: please consult <http://www.elsevier.com/permissions>.

Retained author rights

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights; for details you are referred to: <http://www.elsevier.com/authorsrights>.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the paper for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated. Please see <http://www.elsevier.com/funding>.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>.

Language and language services

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who require information about language editing and copyediting services pre- and post-submission please visit <http://www.elsevier.com/languageediting> or our customer support site at <http://epsupport.elsevier.com> for more information.

Patient details

Unless you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission. For further information see <http://www.elsevier.com/patientphotographs>.

Submission

Submission to this journal proceeds totally online and you will be guided stepwise through the creation and uploading of your files. The system automatically converts source files to a single PDF file of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF files at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail removing the need for a paper trail.

Referees

To expedite the review process Authors are encouraged to provide the editorial office with the names and email addresses of two potential referees that are able to competently review the article submitted for possible publication. The referees are not to be associated with or involved with the article in any way or be from the same institution as the author(s) involved with the article.



Preparation

Use of wordprocessing software

It is important that the file be saved in the native format of the wordprocessor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the wordprocessor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. Do not embed "graphically designed" equations or tables, but prepare these using the wordprocessor's facility. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier: <http://www.elsevier.com/guidepublication>). Do not import the figures into the text file but, instead, indicate their approximate locations directly in the electronic text and on the manuscript. See also the section on Electronic illustrations.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the "spell-check" and "grammar-check" functions of your wordprocessor.

Article structure

Subdivision - numbered sections

Divide your article into clearly defined and numbered sections. Subsections should be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2, ...), 1.2, etc. (the abstract is not included in section numbering). Use this numbering also for internal cross-referencing: do not just refer to "the text". Any subsection may be given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Materials and Methods

The Methods section should describe the research methodology in sufficient detail that others could reasonably be expected to be able to duplicate the work. However, if the methodology has been previously published, the appropriate reference should be cited, and a full description is not required. Methods of statistical analysis should be identified and, when appropriate, the basis for their selection stated. Statistical software programs used should be cited in the text. *P* values should be expressed to no more than three decimal places. For qualitative studies, please explain all steps in the process of analysis so that the reader is able to follow.

Results

The Results section should present the findings in appropriate detail. Tables and figures may be used, but duplication between text and tables or figures is to be avoided. If quotations are used, please limit the number

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Where the family name may be ambiguous (e.g., a double name), please indicate this clearly. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name, and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. **Ensure that telephone and fax numbers (with country and area code) are**

provided in addition to the e-mail address and the complete postal address.

• **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a "Present address" (or "Permanent address") may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords and avoid general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of"). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Nomenclature and units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other quantities are mentioned, give their equivalent in SI. You are urged to consult IUPAC: Nomenclature of Organic Chemistry: ➔ <http://www.iupac.org/> for further information.

Accession numbers

Accession numbers are unique identifiers in bioinformatics allocated to nucleotide and protein sequences to allow tracking of different versions of that sequence record and the associated sequence in a data repository [e.g., databases at the National Center for Biotechnical Information (NCBI) at the National Library of Medicine ('GenBank') and the Worldwide Protein Data Bank]. There are different types of accession numbers in use based on the type of sequence cited, each of which uses a different coding. Authors should explicitly mention the *type of accession number together with the actual number*, bearing in mind that an error in a letter or number can result in a dead link in the online version of the article. Please use the following format: accession number type ID: xxxx (e.g., MMDB ID: 12345; PDB ID: 1TUP). Note that in the final version of the *electronic copy*, accession numbers will be linked to the appropriate database, enabling readers to go directly to that source from the article.

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article, using superscript Arabic numbers. Many wordprocessors build footnotes into the text, and this feature may be used. Should this not be the case, indicate the position of footnotes in the text and present the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Table footnotes

Indicate each footnote in a table with a superscript lowercase letter.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Save text in illustrations as "graphics" or enclose the font.
- Only use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times, Symbol.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Produce images near to the desired size of the printed version.
- Submit each figure as a separate file.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website:

→ <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

Regardless of the application used, when your electronic artwork is finalised, please "save as" or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS: Vector drawings. Embed the font or save the text as "graphics".

TIFF: color or grayscale photographs (halftones): always use a minimum of 300 dpi.

TIFF: Bitmapped line drawings: use a minimum of 1000 dpi.

TIFF: Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale): a minimum of 500 dpi is required.

DOC, XLS or PPT: If your electronic artwork is created in any of these Microsoft Office applications please supply "as is".

Please do not:

- Supply embedded graphics in your wordprocessor (spreadsheet, presentation) document;
- Supply files that are optimised for screen use (like GIF, BMP, PICT, WPG); the resolution is too low;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF, EPS or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color on the Web (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color in print or on the Web only. For further information on the preparation of electronic artwork, please see → <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Please note: Because of technical complications which can arise by converting color figures to "gray scale" (for the printed version should you not opt for color in print) please submit in addition usable black and white versions of all the color illustrations.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text. Place footnotes to tables below the table body and indicate them with superscript lowercase letters. Avoid vertical rules. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in tables do not duplicate results described elsewhere in the article.

References

Authors are responsible for the accuracy of references. The 'Vancouver' style is used. References appearing for the first time in a table or figure should be cited in the text where the table or figure is mentioned.

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either "Unpublished results" or "Personal communication" Citation of a reference as "in press" implies that the item has been accepted for publication.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Reference style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given.

Example: "..... as demonstrated [3,6]. Barnaby and Jones [8] obtained a different result"

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Reference to a journal publication:

[1] J. van der Geer, J.A.J. Hanraads, R.A. Lupton, The art of writing a scientific article, J. Sci. Commun. 163 (2000) 51-59.

Reference to a book:

[2] W. Strunk Jr., E.B. White, The Elements of Style, third ed., Macmillan, New York, 1979.

Reference to a chapter in an edited book:

[3] G.R. Mettam, L.B. Adams, How to prepare an electronic version of your article, in: B.S. Jones, R.Z. Smith (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*, E-Publishing Inc., New York, 1999, pp. 281-304.

Journal abbreviations source

Journal names should be abbreviated according to

Index Medicus journal abbreviations: ➔ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>;

List of serial title word abbreviations: ➔ <http://www.issn.org/2-22661-LTWA-online.php>;

CAS (Chemical Abstracts Service): ➔ <http://www.cas.org/sent.html>.

Video data

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a maximum size of 30 MB and running time of 5 minutes. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: ➔ <http://www.sciencedirect.com>. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages at ➔ <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Supplementary data

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: ➔ <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please provide the data in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at ➔ <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Submission checklist

It is hoped that this list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the journal's Editor for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

Ensure that the following items are present:

One Author designated as corresponding Author:

- E-mail address
- Full postal address
- Telephone and fax numbers

All necessary files have been uploaded

- Keywords
- All figure captions
- All tables (including title, description, footnotes)

Further considerations

- Manuscript has been "spellchecked" and "grammar-checked"
- References are in the correct format for this journal
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Web)
- Color figures are clearly marked as being intended for color reproduction on the Web (free of charge) and in print or to be reproduced in color on the Web (free of charge) and in black-and-white in print
- If only color on the Web is required, black and white versions of the figures are also supplied for printing purposes

For any further information please visit our customer support site at ➔ <http://epsupport.elsevier.com>.

Additional information



After Acceptance

Use of the Digital Object Identifier

The Digital Object Identifier (DOI) may be used to cite and link to electronic documents. The DOI consists of a unique alpha-numeric character string which is assigned to a document by the publisher upon the initial electronic publication. The assigned DOI never changes. Therefore, it is an ideal medium for citing a document, particularly 'Articles in press' because they have not yet received their full bibliographic information. The correct format for citing a DOI is shown as follows (example taken from a document in the journal *Physics Letters B*):

doi:10.1016/j.physletb.2003.10.071

When you use the DOI to create URL hyperlinks to documents on the web, they are guaranteed never to change.

Proofs

One set of page proofs (as PDF files) will be sent by e-mail to the corresponding author (If we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post) or, a link will be provided in the e-mail so that authors can download the files themselves. Elsevier now provides authors with PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 7 (or higher) available free from <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs (also given online). The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/acrrsystemreqs.html#70win>.

If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return them to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Therefore, it is important to ensure that all of your corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use.



Author Inquiries

For inquiries relating to the submission of articles (including electronic submission where available) please visit this journal's homepage. You can track accepted articles at <http://www.elsevier.com/trackarticle> and set up e-mail alerts to inform you of when an article's status has changed. Also accessible from here is information on copyright, frequently asked questions and more. Contact details for questions arising after acceptance of an article, especially those relating to proofs, will be provided by the publisher.

[↑ Top of Page](#)



[Printer-friendly version](#)



[Home](#) | [Elsevier Sites](#) | [Privacy Policy](#) | [Terms and Conditions](#) | [Feedback](#) | [Site Map](#) | [A Reed Elsevier Company](#)

Copyright © 2010 Elsevier B.V. All rights reserved.

Innholdsfortegnelse for refleksjonsoppgaven

SAMMENHENG MELLOM BRUKERMEDVIRKNING OG ØKT

TEKNOLOGISERING AV FØDSEL 1

Bakgrunn for valg av tema 1

Hensikt og problemstilling 2

Oppbygning av refleksjonsoppgaven 2

REDEGJØRELSE 3

Litteratursøk 3

Teknologisering av fødsel 3

Keisersnitt 4

Ultralydscreening 4

Epiduralbedøvelse 5

Medvirkning 6

Kunnskap er et vesentlig grunnlag for medvirkning 7

Medvirkning som politisk trend 8

DISKUSJON AV SAMMENGENG MELLOM MEDVIRKNING OG BRUK AV

TEKNOLOGI VED FØDSEL 10

Thompsons taksonomi 10

Nivå 0 11

Nivå 1 11

Nivå 2 12

Nivå 3 13

Nivå 4 14

Brukermedvirkning og økt teknologisering av fødsel 14

Økt bruk av teknologi ved fødsel og risiko 14

Endrer holdningene seg? 16

Defensiv fødselshjelp? 16

Økonomisk motivert? 17

Gode nok kilder til informasjon? 18

KONKLUSJON 18

REFERANSELISTE 21

VEDLEGG

Vedlegg 1	Informasjonsbrev og invitasjon til å bli med i studien
Vedlegg 2	Samtykkerklæringen
Vedlegg 3	Temaguide
Vedlegg 4	Svar fra NSD
Vedlegg 5	Meldeskjema Personvernombud
Vedlegg 6	Eksempel på søknad til klinikkshjef
Vedlegg 7	Eksempel på svar fra klinikkshjef

1.0 SAMMENHENGEN MELLOM BRUKERMEDVIRKNING OG TEKNOLOGISERING AV FØDSEL

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I intervjustudien ”Jordmødres refleksjoner vedrørende samhandlingen med fødekvinnen ved valg av epiduralbedøvelse” som ble gjennomført i 2009- 2010, framsto medvirkning som en helt sentral faktor for bruk av epiduralbedøvelse (EDA). Under intervjuene skilte jordmødrene mellom kvinner som hadde et sterkt ønske om EDA, og de som hadde et vagere ønske om EDA. Ved sterkt ønske om EDA ga jordmødrene EDA uten videre diskusjon. Ved svakt ønske gjorde jordmødrene en vurdering av situasjonen. I noen tilfeller tilrådet de EDA og i andre tilfeller, for eksempel der det gikk raskt, anbefalte de støtte og annen smertelindring. Det var et overraskende funn i intervjustudien at alle jordmødrene var så kategoriske når de trakk frem medvirkning som en sentral faktor i bruk av EDA under fødsel.

Jeg har derfor valgt å benytte refleksjonsoppgaven til å se nærmere på sammenhengen mellom brukermedvirkning og økt teknologisering av fødsel.

Internasjonalt har ulike sider ved medvirkning blitt drøftet siden begynnelsen på 1980- tallet (Gulbrandsen, 2000). Det diskuteres fremdeles i hvilken grad gravide og fødende har forutsetninger for å delta i beslutninger knyttet til egen behandling ved svangerskap og fødsel (Gottfredsdottir og Björnsdottir, 2009; Raynes – Greenow, Roberts, McCaffery og Clarke, 2007; Stortingsmelding 12, 2008). Blant annet denne litteraturen og Thompsons taksonomi (2007) blir i oppgaven benyttet som grunnlag for en drøfting av hvilke konsekvenser økt fokus på medvirkning vil kunne ha for de gravide og de fødende; spesielt med tanke på økt teknologisering av fødsel.

Medvirkning er et viktig og aktuelt ideale i dagens helsevesen. Det er relativt nytt i norsk sammenheng, og konsekvenser av ideologien er ennå ikke drøftet i sin bredde. I Stortingsmelding 12 (2008) ”En gledelig begivenhet” og i Faglige krav til fødeinstitusjonene (Statens helsetilsyn, 1996) poengteres det at fokuset i svangerskapsomsorgen er på en sterkere styrking av brukermedvirkning.

1.2 Hensikt og problemstilling

Refleksjonsoppgavens hensikt er å øke forståelsen for sammenhengen mellom medvirkning og teknologisering. Det spørsmålet som gjøres til gjenstand for utdyping og diskusjon i refleksjonsoppgaven blir derfor: Hva er sammenhengen mellom brukermedvirkning og økt teknologisering av fødsel?

1.3 Oppbygning av refleksjonsoppgaven

I kapittel 2 redegjøres det for de viktigste perspektivene og begrepene som danner utgangspunkt for drøftingen. Ved hjelp av forskningslitteratur belyses hva som ligger i en teknologisering av fødsel. Kapitlet er konsentrert om EDA, keisersnitt og nakkefoldscreening. Videre belyses litteratur knyttet til sammenhengen mellom medvirkning og medisinsk intervensjon på fødselsopplevelsen. Det finnes flere betydninger av hva brukermedvirkning er, gjennom å drøfte hva litteraturen sier søker jeg innledningsvis å avklare min forståelse av medvirkning relatert til min spesifikke målgruppe som er fødekvinnene. Thompsons beskrivelser ble valgt som teoretisk grunnlag.

I kapittel 3 blir nivåene i Thompsons modell beskrevet, dernest blir de drøftet og eksemplifisert med eksempler fra mitt felt, svangerskap og fødsel. Dernest drøftes sammenhengen mellom brukermedvirkning og økt teknologisering av fødsel ved å drøfte empiri i intervjustudien, holdninger, syn på fødselshjelp, økonomiens betydning og kilder som brukes til å innhente informasjon.

I kapittel 4 oppsummeres de mest sentrale poeng fra drøftingen av litteraturen på feltet. Jeg vil også knytte denne litteraturen opp mot erfaringene fra egen undersøkelse for å kunne gi et konkluderende sammendrag av de mest tydelige poeng jeg mener fremtrer i skjæringspunktet mellom medvirkning og teknologisering av fødsler.

2.0 REDEGJØRELSE

2.1 Litteratursøk

Litteratur er samlet via de elektroniske databasene Cinahl, Medline, Cochrane, Svemed og ved søk i Bibsys. Manuell leting er også gjort ved å gjennomgå referanselister i artikler. De viktigste søkeordene var: user/client/consumer participation, maternal request, involvement, empowerment, critical view, dilemma, medical model of birth/labor, cesarean section, analgesia epidural, ultrasound screening og expectant mothers. Søkene ble gjort i ulike kombinasjoner. Ved søk i ulike databaser var det få treff på sammenhengen mellom medvirkning i forhold til slike selvstendige valg som bruk av teknologi under fødsel. Søkestrategien førte frem til noen studier, noen ble ekskludert på grunn av at demografiske data, utvalgsstørrelse og/ eller metode var uklar. Litteratursøk er gjort i løpet av 2009 og 2010.

2.2 Teknologisering av fødsel

Forskjellige typer medisinsk teknologi er utviklet for bruk i fødselshjelpen. De blir brukt som eksempel i denne oppgaven. Keisersnitt, epiduralbedøvelse under fødsel, fosterhjertere registrering under fødsel (CTG) og ultralydscreening i løpet av svangerskapet er noen eksempler på de mest kjente teknologiske metodene (Waldenström og Irestedt, 2006). Bruk av teknologi under svangerskap og fødsel har økt de siste tjue årene (MFR, 2008). Introduksjon av Ultralyd screening for å oppdage misdannelser hos fosteret var en trend som startet på 1990 tallet. Forløsning med keisersnitt er en teknologi som brukes mer og mer. Bruk av smertestillende medikamenter som epiduralbedøvelse og påfølgende bruk av ristimulerende midler har økt. Samtidig ble flere og flere fødsler overvåket med rutinemessig bruk av fosterhjertere registreringer under fødsel (CTG). Igangsetting av fødsler har økt. Noen av disse praksisene øker behovet for instrumentell forløsning (ibid). Medisinsk teknologi har gjort fødslene sikrere og også til en bedre opplevelse enn for hundrede år siden (Waldenström et al, 2006). Innføring av hygienisk fødselshjelp, kvalifisert

jordmortjeneste og mulighet for blodoverføring, antibiotika og keisersnitt har reddet mange mødre og barn fra å dø de siste 50 til 100 årene.

Problemet med bruk av teknologi er at det er mye usikkerhet rundt anvendelsen av teknologi under svangerskap og fødsler. Det vil si forskning har ikke sikkert kunne dokumentere nytteeffekten av all teknologi (Gottfredsdottir et al, 2009; NOU, 1999; Waldenström et al, 2006). Alle typer medisinsk teknologi er knyttet til både fordeler og ulemper, det vil si at forskning viser både fordeler og ulemper knyttet til CTG registreringer, ultralyd, keisersnitt og EDA (ibid). Og klinisk praksis ser ut til å bli mer styrt av fordelene enn ulempene (ibid). De samme forskerne hevder at medisinsk teknologi ikke er drevet av bare forskningsfunn, men av ulike andre faktorer (ibid).

2.2.1 Keisersnitt

Det er ingen tvil om at keisersnitt er en nødvendig forløsningsform ved noen graviditeter, men nedgangen i sykелighet og dødelighet hos nyfødte i de senere årene har ingen direkte sammenheng med økning i antall keisersnitt (Stortingsmelding 12, 2008; Waldenström et al, 2006). Keisersnitt utført i Norge er en forholdsvis sikker forløsningsmetode, men er en metode som medfører større risiko og sykелighet hos en frisk gravid som forventer et friskt barn sammenliknet med vanlig fødsel. Det er nå en bekymring at frekvensen av keisersnitt kan bli for høy, slik at gevinsten er mindre enn ulempen (Lavender, Hofmeyer, Neilson, Kingdon og Cyte, 2009; Staff, 2009; Stortingsmelding 12, 2008; Tollånes, 2009; Waldenström et al, 2006). De potensielle komplikasjonene ved keisersnitt omfatter økt risiko for sykdom eller død for mor, respirasjonsproblemer hos barnet, alvorlige psykiske sequeler og problemer i senere svangerskap. Problemer som uterusruptur (arret i livmoren revner), fosterdød og morbiditet hos nyfødt er også komplikasjoner assosiert med nytt svangerskap etter tidligere keisersnitt (ibid).

2.2.2 Ultralydscreening

Screening for fostermisdannelser ved hjelp av for eksempel fostervannsprøver eller ultralyd ble introdusert for ca 25 år siden, i en periode hvor svangerskap ble betraktet som risiko (Gottfredsdottir et al, 2009). Gottfredsdottir et al har gjennomført en diskursanalyse av medias presentasjon av prenatal nakkefold (NF) screening på Island. Ingen offisielle retningslinjer var blitt formulert i forhold til screening. Selv om screening har vært ønsket som en vitenskaplig og teknologisk forbedring, så har den også uønskede konsekvenser, både

for helsepersonell og blivende foreldre. Hensikten med studien var å avdekke hvordan NF screening ble introdusert som en ny praksis og hvordan den ble tatt i mot i svangerskapsomsorgen. Verdien ved NF screening og potensielle ulemper ved NF screening ble utforsket og studien utforsket også hvordan screeningen ble presentert offentlig. Fra 2000 til 2005 ble TV program, aviser, magasiner og brosjyrer skrevet for blivende foreldre analysert (ibid).

Screeningen ble fremmet av spesialister og kort tid etter oppstarten ble det en utstrakt bruk. Både praktikere og foreldre til barn med Downs syndrom stilte spørsmål ved bruken. En kritisk debatt i forhold til rutinemessig bruk av NF screening fantes nesten ikke. Den utstrakte bruken av screening var et forsøk på å redusere risiko for medfødt sykdom eller handikap hos den nyfødte. Så ved hjelp av avansert teknologi kunne mulige avvik bli avdekket, analysert og kalkulert i hvert enkelt svangerskap, med tilbud om abort som konsekvens. Bruk av denne teknologien skapte forestillingen om at perfektjonisme kan forventes i alle svangerskap. Ved å underkaste seg screening, ble gravide kvinner implisitt lovet et friskt barn. Konklusjonen var at disse funnene gjør oss oppmerksom på viktigheten av å fremme en kritisk diskusjon til ny teknologi i helsevesenet (ibid).

2.2.3 Epiduralbedøvelse

EDA gir rask og effektiv smertelindring hos de fleste (Anim-Somuah, M., Smyth, R. og Howell, C, 2009). Bedøvelsen er akseptert som en del av en normal fødsel til tross for assosiert risiko for risvekkelse, lengre utdrivningstid, kløe, feber, urinretensjon, instrumentell forløsning og at langtidseffekten for mor og barn er ukjent (ibid; Lavender et al, 2009). Hittil har ingen studier vist at EDA har noen positiv effekt på fødselsopplevelsen (Hodnett, Gates, Hofmeyr og Sakala; 2009; Waldenstrom et al, 2006).

I en svensk studie økte anvendelse av EDA risikoen for at kvinnene to måneder etter fødselen beskrev fødselen som en negativ opplevelse. En tenkelig forklaring på at bedøvelsen ikke syntes å beskytte mot en negativ fødselsopplevelse var bivirkninger ved EDA; lengre utdrivningstid og behov for å forløse med vakuum eller tang (Anim- Somuah et al, 2009; Hodnett et al, 2009; Waldenstrom et al, 2006). Studier viser at en til en støtte fra jordmor var viktigere for en positiv fødselsopplevelse enn EDA og de som føder naturlig er i etterkant mer tilfreds med seg selv og møter foreldrerollen med mer selvtillitt enn kvinner som har født ved hjelp av utstrakt bruk av teknolog (Waldenström et al, 2006).

Jordmors støtte reduserte bruk av EDA (Hodnett , 2002). Kvinner som hadde kontinuerlig støtte gjennom fødselen hadde store sjanse for å føde spontant og ha et kortere fødselsforløp (Hodnett et al, 2009) .Kvinnens personlige forventninger til fødselen og forholdet til jordmoren og involvering i beslutninger er viktige faktorer for fødekvinnens tilfredshet under fødselen (Hodnett, 2002).

Forskning viser at det er ulemper knyttet til EDA som lengre utdrivningstid og hyppigere behov for forløsning instrumentelt (tang/ vakuum)(Anim- Somuah et al, 2009). Dersom kvinnen får langsom fremgang og trenger instrumentell forløsning, vil jordmoren postpartum kvie seg for å anslå en mulig sammenheng mellom for eksempel EDA og forløsningsform. Jordmødre ønsker ikke å gi nybakte mødre noe grunnlag for skyldfølelse (Surtees, 2010).

Bruk av medisinsk teknologi når det er nødvendig har altså gjort fødslene sikrere, men de potensielle komplikasjonene ved epiduralbedøvelse og keisersnitt tilsier at det ikke blir brukt rutinemessig. Utstrakt bruk av NF screening kan være hensiktsmessig i noen tilfeller, men bruk av denne teknologien kan skape en forestilling om perfeksjonisme, implisitt at undersøkelsen kan avdekke alt og at et friskt barn kan loves. Disse vurderingene gjør oss oppmerksom på viktigheten av å fremme en kritisk diskusjon til teknologi i helsevesenet.

2.3 Medvirkning

Det er mange ulike forståelser av medvirkning. Grovt skissert kan en si at brukermedvirkning vil si at den som er bruker av tjenester eller berøres av en beslutning, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud (Rønning, 2005). Brukermedvirkning kan beskrives på ulike nivåer. Begrepet brukes både på individ, gruppe og systemnivå, og det er ulike grader av medvirkning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Brukermedvirkning på individnivå dreier seg om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt hjelpetilbud. På individnivå handler brukermedvirkning også om hvordan den enkelte bruker medvirker i samhandling med fagutøveren og hvordan fagutøver og pasient forholder seg til hverandre. På gruppenivå vil medvirkningen skje i relasjon mellom fagutøveren og en gruppe brukere (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). På systemnivå vil brukermedvirkning foregå mellom brukerne og den offentlige forvaltningen.

I et doktorgradsarbeid har sosiolog Andreassen (2004) studert hvordan brukarmedvirkning kan forstås som samfunnsfenomen i den norske velferdsstaten. Hun hevder at brukerne fyller ulike roller og har innflytelse på tjenesten på ulike områder. Det skilles mellom at brukerne deltar i styringen over tjenester ved at de innehar beslutningsmyndighet, at brukerne uttaler seg og formidler sine erfaringer for eksempel gjennom brukerundersøkelser og at brukerne er i direkte dialog med hjelpeapparatet. Hvilket område brukerne får påvirke, kan være påvirkning av den enkeltes hjelpetilbud, påvirkning av et bestemt tiltak/tjeneste som for eksempel bruk av epiduralbedøvelse under fødselen.

2.3.1 Kunnskap er et vesentlig grunnlag for medvirkning

I forbindelse med fødsel kan det være viktige valg. Medvirkning ved valg krever kunnskap som oppnås ved informasjon. Jordmor og fastleger i svangerskapsomsorgen informerer i ulik grad om for eksempel ulike typer smertelindring ved fødsel.

Informasjonen er mest hensiktsmessig om den er forskningsbasert (Reynes- Greenow et al, 2007). Mange gravide opplever seg selv som kunnskapsrike i forhold til smertelindring under fødsel. Imidlertid viser en australsk studie at det er stor diskrepans mellom faktisk kunnskap og opplevd kunnskap (ibid). Kvinnene i denne australske studien opplevde seg selv som kunnskapsrike, men diskrepans i faktisk kunnskap og opplevelse av kunnskap skapte bekymring. Dersom kvinnene har fått for lite informasjon eller feil informasjon er de ikke virkelige deltagere i beslutningen. Enighet om beslutningen er basert på at kvinnene har faktisk kunnskap og ikke bare en følelse av å ha kunnskap. Utfall av EDA ble sjeldent eller aldri nevnt av de australske informantene, slik som hyppigere tang, vakuum, lengre utdrivningstid, økt sjanse for risvekkelse og behov for oxytocin (Anim- Somuah et al, 2009). Kvinnene i denne studien brukte flere forskjellige informasjonskilder som bøker, brosjyrer og magasiner. Anekdoter fra familie og venner var den mest brukte kilden (Raynes- Greenow et al, 2007). Utvalget i den australske studien var liten (25), men forfatterne mener at de kan generalisere funnene til en større populasjon, fordi funnene samsvarer med annen forskning som har brukt andre metoder.

Ulike studier (Larsson, 2007; Raynes- Greenow et al, 2007) og andre kilder (Stortingsmelding 12, 2008) hevder at gravide kvinner ofte bruker internett, bøker, ukeblad og brosjyrer for å finne informasjon om forskjellige temaer vedrørende svangerskap og fødsel. De konkluderer med at gravide oppfatter informasjon de finner på internett som troverdig, men de diskuterer den sjeldent med fagpersoner. Studiene setter fokus på at kvinner ønsker og trenger mer info

om smertestillende ved fødsel (Larsson, 2007; Raynes- Greenow et al, 2007) og forslag til gode webbaserte helseportaler (Larsson, 2007; Stortingsmelding 12, 2008).

En systematisk review av 137 studier om faktorer som influerer på kvinners fødselsopplevelser ble utarbeidet i 2002 (Hodnett et al, 2009). Fire faktorer ble beskrevet. Involvering i beslutninger var den første faktoren som var svært vesentlig ved vurdering av tilfredshet ved fødsel, spesielt med hensyn til smerte og smertelindring. Personlige forventninger, mengden av støtte fra jordmor og kvaliteten på kommunikasjonen mellom jordmor og fødende var også viktige. Disse fire faktorene var så viktige at de overgikk graden av medisinsk intervensjon, smerte, fødselsforberedelse og kontinuerlig støtte (ibid). I Stortingsmeldingen " En gledelig begivenhet" forespeiles det også at i fremtiden vil fokus på dette være viktig i organisering av svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge, for brukermedvirkning har vist å fremme kvinners fødselsopplevelse"(Stortingsmelding 12, 2008).

Medvirkning er likevel ikke like aktuelt for alle. I en norsk kohortstudie som ble gjennomført med vel 55000 gravide fra 2009 til 2006 ble det funnet at demografiske variabler som utdanning hadde betydning for ønske om medvirkning ved vurdering av måte å føde på (Kringeland, Daltveit og Møller, 2009). Gravide med lavere utdanning hadde en signifikant økt ønske om keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Det vil si at kvinner med høyere utdanning, 12 år eller mer, foretrakk naturlig fødsel versus keisersnitt. En annen studie forklarte denne sammenhengen mellom medvirkning, valg av fødemåte og sosioøkonomisk status med at de tenkte på barnets beste (Lundgren, Berg og Lindmark, 2003). Ut fra dette kan en slutte at kunnskapsnivået har en betydning for beslutninger de gravide tar. Jo høyere utdanning desto mer kunnskap om mor og barns beste har de. En kunnskap som samsvarer med forskning og jordmødrenes og obstetrikernes kunnskap.

2.3.2 Medvirkning som politisk trend

I intervjustudien fremstod medvirkning som en ideologisk norm for gruppen jordmødre; det var ille å fremstå som en som ikke tok fødekvinnes eksplisitte ønsker på alvor. Den gruppebaserte eller faglige normen om medvirkning har selvfølgelig ikke fremkommet i et vakuum, men henger sammen med en generell trend i samfunnet med liberalistisk ideologier/strømninger hvor enkeltindivids rett til egne valg er en sterk verdi. Denne ideologien påvirker jordmødrene, verdiene internaliseres i de profesjonelle normene. Slik er det jo at fødekvinne i svangerskapsomsorgen før fødsel faktisk oppfordres til å komme med

ønsker/ skrive ønskebrev. De oppfordres av fastleger og jordmødre. Etter hvert har det fått en slik form at jordmødrene synes at de selv har mistet muligheten til å bruke egne faglige vurderinger (min intervjustudie).

Brukermedvirkning i Norge er en relativt ny trend som har vokst frem fra begynnelsen på 1990 tallet (Tjora, 2008). I offentlige dokumenter anbefales det at brukermedvirkning styrkes (Sosial og helsedirektoratet, 2005; Stortingsmelding 12, 2008). Pasientens rett til medvirkning, informasjon og selvbestemmelse er også lovfestet i pasientrettighetsloven (1999). Det økte fokuset på medvirkning kan forstås som ønske om en mer demokratisk praksis innen helsevesenet:

”Det er et grunnleggende demokratisk prinsipp at den som berøres av en beslutning, skal bli hørt og tatt på alvor i beslutningsprosessen” (Nilssen 1984:24).

Brukermedvirkning kan forstås som en styrking av et tradisjonelt ideal der omsorg innebærer å lytte til pasienten, respektere og ivareta pasientens autonomi ved at pasienten får ta frie valg (Askheim, 2007). På den andre siden kan også medvirkningstrenden sees på en annen måte, som ledd i en politisk trend (Lian, 2003). Brukeren må selv settes i stand til å være aktiv og ta ansvar. Ulike markeds mekanismer blir brukt for å skape økt effektivitet i offentlig sektor. Virkemåten til private bedrifter og markeder innføres, pasientene omtales som brukere/ kunder i stedet for pasient/ klient, helsearbeidernes arbeid beskrives som produksjon i stedet for omsorg og behandling. Produksjon og prismekanismer som konkurranse og interne markeder vektlegges (ibid). Hvordan oppgavene blir løst vektlegges ikke. Det er resultatene som teller for organisasjonen, og som lederne må svare for (ibid). Lederen ved fødeavdelingen skal legge til rette for profesjonenes yrkesutøvelse og muligheter for å ivareta pasienters interesser. Samtidig skal lederne forsvare økonomien (ibid). Økt aktivitet og kostnadseffektivitet kan føre til effekter som bruk av EDA til fødende. Empiri i dybdeintervjuene avdekket en slik effekt, jordmødrene ga EDA for å kunne ta hånd om to fødende samtidig.

Oppsummert viser litteraturgjennomgangen at medvirkning er et viktig og aktuelt ideale i dagens helsevesen. Ideologier om medvirkning er ledd i en politisk trend, der målet er å sette brukere innen helsevesenet i stand til å være aktiv og ta ansvar for egen helse. Medvirkning kan imidlertid forstås på til dels motstridende måter og følgelig utformes svært forskjellig i praksisfeltet.

3.0 DISKUSJON AV SAMMENHENGEN MELLOM MEDVIRKNING OG BRUK AV TEKNOLOGI VED FØDSEL

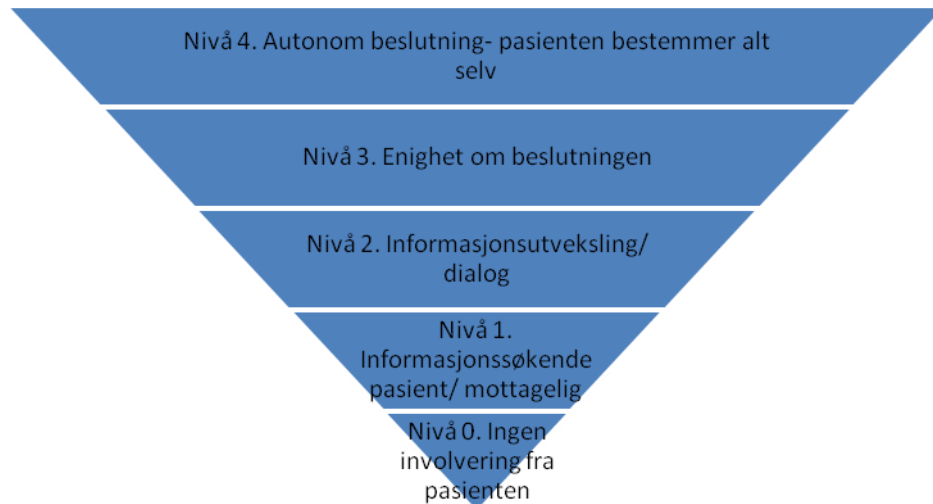
3.1 Thompsons taksonomi

I det empiriske arbeidet gjennom intervjuene med jordmødrene fremstod medvirkning helt tydelig som en styrende faktor i forhold til bruk av EDA under fødselen. Jordmødrene skilte imidlertid mellom hvor tydelige eller bestemte kvinnene var i sine ønsker/krav. De fortalte at noen kvinner hadde et forutbestemt og tydelig krav om EDA ved innkomst, mens andre var mindre bestemte. Utsagn i intervjuene viste en tydelig bevissthet hos jordmødrene om at fødekvinnes krav om medvirkning fremsto med ulik styrke, noe som igjen ga grunnlag for jordmorens ulike måter å forholde seg til fødekvinne.

I mitt videre arbeid med å utvikle en innsikt i sammenhenger mellom medvirkning og bruk av teknologi ved fødselen, trengte jeg derved et teoretisk rammeverk for å forstå medvirkning som tok høyde for at det er ulike nivåer av medvirkning. Litteraturen ledet fram til Thompsons modell som beskriver en taksonomi av ulike nivåer av medvirkning (Thompson, 2007). Nivåene bygger på hverandre og beskriver i detalj grad av pasientinvolvering, og er utviklet gjennom kvalitative studier i England av både friske personer og pasienter med kronisk sykdom.

Thompsons' modell for medvirkning i helsevesenet utdyper ulike grader av involvering. Thompson beskriver 5 nivåer av medvirkning som representerer ulike grader av involvering slik jeg har vist i figur 1:

Figur 1. De ulike nivåene av medvirkning i henhold til Thompson, 2007.



De skisserte nivåene blir i det følgende utdypet og relatert til oppgavens tema.

Nivå 0

Thompson (2007) hevder at dette nivået med ingen involvering kjennetegnes av tillit. Pasienten har tillit til at profesjonelle gjør det beste for dem. De tror på de profesjonelles kunnskap og evner ervervet gjennom mange års utdanning og erfaring. Pasienten har tillit til at bestemmelsen kan tas av profesjonelle, erfaringer med helsevesenet er gode slik at de som arbeider der har høy troverdighet (ibid). Thompson nevner ikke noe om at på dette nivået kan det befinne seg pasienter som opplever at det ikke finnes noe valg eller noen mulighet til å involvere seg i beslutninger, men min forståelse er at man også kan tenke seg. Dette nivået vil for fødekvinne kunne representere tillitt, det vil si at kvinnen opplever det trygt å overlate avgjørelser til jordmor. De ønsker ikke å involvere seg og ber/ jordmor om- eller lar jordmor avgjøre, enten basert på tillitt slik Thompson beskriver eller fordi de opplever å mangle de nødvendige kunnskaper eller selvtillitt/krefter til å medvirke. En slik opplevelse vil selvsagt kunne styrkes/svekkes av hvordan jordmor forholder seg overfor kvinnen. Et eksempel på at fødekvinne ikke ytrer noe var knyttet til manglende informasjon / kunnskaper, gravide som har hørt at EDA ofte fører til paralyse. Dermed har de en misoppfatning i forhold til risiko (Raynes- Greenow et al, 2007) og de opplever at EDA ikke er noe reelt alternativ. Et slikt nivå er ikke ideelt og forekommer heldigvis sjeldent om det ikke er historisk.

Nivå 1

Nivå 1 beskriver Thompson som knyttet til informasjon. Han understreker samtidig at informasjon ikke egentlig kan betraktes som medvirkning, men heller en forutsetning for medvirkning.

Lov av 2.7. 1999 om pasientrettigheter trådte i kraft 1.1. 2001. Pasientrettighetsloven hjemler at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, og videre heter det at ”medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon” (1999: § 3,1). Denne retten forutsetter derved at jordmor informerer så dekkende og balansert som mulig og tilpasser den til den enkeltes behov.

Dersom samhandlingen mellom jordmor og fødekvinnen begrenser seg til at jordmor informerer er ikke dette en reell medvirkning, men et nivå hvor jordmor tar avgjørelser som hun så informerer fødekvinnen om grunnlaget for. Eksempelvis kan en fødende, som er svært anspent og har uttalt smertereaksjon, vil kunne trenge EDA for å få fremgang i fødselen. Jordmoren vil da informere om at EDA er nødvendig for å redusere anspenthet og således ikke forespeile fødekvinnen at det finnes noe valg. Ennå mer tydelig kan dette nivået eksemplifiseres ved akutt keisersnitt. Når fosterlyden blir dårlig og løsningen ene og alene er keisersnitt, vil det bare bli gitt informasjon og kan egentlig ikke betraktes som medvirkning.

Nivå 2

Dette nivået karakteriseres av at det er en dialog. At pasienten får informasjon fra helsepersonellet innebærer en kommunikasjon fra helsepersonell til pasient. Dersom det skal være en dialog, må informasjonsflyten også gå den andre veien. Det vil si at pasienten får fortalt personalet hva pasienten selv ønsker og har behov for i situasjonen. Å bli hørt illustrerer derved skaleringen opp til dette nivået. Dialog er en forutsetning for å kunne utforske valg. Pasienten slipper å spørre om alt og ved hjelp av toveis kommunikasjon blir pasienten forklart om situasjonen, men dialogen er fremtredende (Thompson, 2007). På dette nivået er det ikke en felles avgjørelse av hvordan ting skal gjøres. Imidlertid er det en dialog hvor ikke bare jordmor forteller alternativene, men hvor også fødekvinnen gis anledning til å si noe om sine forfaringer, erfaringer, sitt syn på fødsel og fødselssmerter. Denne dialogen ligger til grunn for jordmors handlingsvalg.

En fødende til termin som ønsker å føde sitt barn i badekar får dette tilrettelagt. Alle kriterier er oppfylt og temperatur i vannet er tilpasset en fødsel i vann. Dersom det sildrer misfarget fostervann mens kvinnen sitter i badekaret, må hun forlate badekaret. Misfarget fostervann er tegn på stress og krever overvåkning av fosteret, mer overvåking enn det kan la seg gjennomføre i badekaret. Retningslinjer for tilfeller der fødekvinne må forlate badekaret for CTG overvåking er klare. Tilkalling av lege og snarlig forløsning med keisersnitt kan også bli nødvendig ved misfarget fostervann og dårlig fosterlyd. Eksemplet illustrerer at det har vært en dialog mellom jordmor og fødekvinne om fødsel i vann, men på nivå 2 er jordmors beslutning avgjørende.

Nivå 3

På dette nivået beskrives medvirkning hvor pasient og profesjonell samarbeider om beslutninger og kommer til enighet. Slik blir pasienten del av et team som sammen kan bestemme fremtiden (Thompson, 2007) fordi pasient og helsepersonell deler informasjonen og kommer til enighet. Medvirkning på dette nivået krever god tid hevder Thompson.

På dette nivået kan en også tenke seg at det er en førstegangsfødende som har rier og vurderer smertelindring ved fødselen. Jordmor forklarer den fødende om alternativ som finnes. Hun gir informasjon om hvor lenge hun forventer at hennes fødsel vil ta, og således kan de sammen ta fortløpende avgjørelser i forhold til bruk av teknologi som EDA ut fra progresjon av fødsel og opplevelse av fødselssmertene og avveie fordeler og ulemper. Kvinner opplever smertene svært forskjellige. Noen ønsker minst mulig innblanding av teknologi og vil se an hva de trenger. Jordmoren forklarer fødekvinne på nivå 3 hva som skjer underveis og siden fødselssmerter er annerledes enn all annen smerte, så kan jordmor og fødekvinne ha en dialog hele veien i forhold til beslutninger og iverksetting av tiltak som medikamentell smertelindring. Alle kvinner har pauser mellom riene, selv under aktiv trykking kan kvinnen oppfatte informasjon og godta eller avslå forslag om smertelindring enten verbalt eller non verbalt.

Ved avgjørelser der en har god tid til å forklare virker dette nivået ideelt hevder Thompson. I klinisk praksis har jeg erfart at beslutninger på dette nivået ikke alltid trenger lang tid. I intervjustudien uttrykte også informantene frustrasjon knyttet til dette. Mange fødekvinne

tror beslutninger om bruk av EDA må tas i svangerskapet (før kvinnen har rier), fordi beslutningen krever god tid.

Nivå 4

Nivået kjennetegnes av full autonomi i beslutninger. I Thompson' (2007) sin undersøkelse var det lite oppslutning blant respondentene i forhold til en slik uavhengig beslutningstaking. Den lave oppslutningen var relatert til bekymringer for den høye graden av ansvar en slik form for beslutning førte til. I de fleste tilfelle vil det at pasienten beslutter helt på egenhånd måtte bygge på at pasienten føler at hun innehar mer kunnskap enn den profesjonelle. I Thompsons studie så man dette blant diabetikere (ibid). Som et eksempel på kvinner som befinner seg på dette nivået har vi de kvinnene som ber om keisersnitt uten medisinsk indikasjon. De ønsker å bli forløst med en metode der ulempene er større enn fordelene (Lavender et al, 2009; Staff, 2009; Waldenström et al, 2006). Keisersnitt øker blant annet sjansen for blodpropp, stor blødning, infeksjon, respirasjonsproblemer hos barnet, ruptur av livmor i nytt svangerskap og intrauterin fosterdød (Lavender et al, 2009; Staff, 2009). Medvirkning på et slikt nivå kan med andre ord føre til en dårligere helse for kvinner og deres nyfødte.

Medvirkning på dette nivået er økende i fødselshjelpen, hvilket skaper bekymring blant fødselsleger og jordmødre (ibid). De gravide kommer med ferdige ønskebrev med for eksempel beskrivelse av hvilke håndgrep hun ønsker jordmor skal bruke ved forløsning av hodet. De har bestemt seg for EDA før de vet hvordan fødselen arter seg.

Disse ulike nivåene har jeg latt danne grunnlaget for en videre drøfting av samspillet mellom medvirkning og teknologisering. Hensikten med et teoretisk rammeverk var å utvikle en innsikt i sammenhenger mellom medvirkning og bruk av teknologi ved fødselen.

3.1 Brukermedvirkning og økt teknologisering av fødsel

3.1.1 Økt bruk av teknologi ved fødsel og risiko

Ut fra empiri i min intervjustudie "Jordmødres refleksjoner vedrørende samhandlingen med fødekvinne ved valg av epiduralbedøvelse" og teori om Thompsons taksonomi for

pasientinvolvering, kan det se ut som om jordmødrene beskrev medvirkning på ulike nivå. Noen kvinner befant seg på nivået mellom ytterlighetene i Thompsons taksonomi ved innkomst. Stadig flere kom med ferdig bestilling i form av brev med detaljerte beskrivelser, det vil si tilsvarende nivå 4, mens noen var klare for en dialog hvor jordmor og fødekvinne sammen finner ut hva som er det beste tilsvarende nivå 3. Det var ingen fortellinger om at jordmor, under normale forløp, ikke etterspurte fødekvinnens ønsker, slik at de nivåer som er på 2,1,0 kun er knyttet til akuttsituasjoner. I jordmors beskrivelser fremstod fødekvinnene som at de i varierende grad ønsket deltagelse i avgjørelsen, men jordmors fokus var samtidig mye på de situasjoner der fødekvinnene kom inn med forutfattede meninger. Dette kan selvsagt være knyttet til selve tema for intervjuet; bruk av EDA. Hvis fokus for intervjuet hadde vært annerledes kunne kanskje balansen i nivå av medvirkning fremstått noe annerledes.

Det er ingen studier i Norge som viser på hvilket nivå de gravide ligger i forhold til ønske om involvering, men egne- og respondentenes erfaringer tilsier at det er en økning av de som befinner seg på nivå 4; de som kommer med ferdig ”bestilling”. Noe som kan bekreftes av den økte keisersnittfrekvensen uten medisinsk indikasjon (MFR, 2008).

Dersom det fortsetter å bli en stadig økning av kvinner som befinner seg på nivå 4 i Thompsons taksonomi for pasientinvolvering, er det grunn til å tro at det vil få alvorlige konsekvenser for kvinners helse. Som et eksempel på kvinner som befinner seg på dette nivået, har vi de kvinnene som ber om keisersnitt uten medisinsk indikasjon. De ønsker å bli forløst med en metode der ulempene er større enn fordelene (kapittel 2.2.1), og hvor belastningen på mor og barn etter fødsel er langt større enn ved vaginale forløsninger (Lavender et al, 2009; Staff, 2009; Tollånes, 2009; Waldenström et al, 2006). Keisersnitt øker sjansen for blant annet respirasjonsproblemer hos barnet. Hos mor kan keisersnitt føre til blodpropp, stor blødning, infeksjon og ruptur av livmor i nytt svangerskap (Lavender et al, 2009; Staff, 2009). På sikt kan en slik operasjon gi sammenvoksninger av tarm og føre til tarmslyng med påfølgende smerter (Staff, 2009).

Medvirkning på et slikt nivå, kan med andre ord føre til at noe som virker som en lettvinnt løsning, kan gi dårligere helse for kvinner på kort og lang sikt. Det vil være viktig fremover å diskutere hvor mye enkeltindividet skal få bestemme selv.

3.1.2 Endrer holdningene seg?

En svensk retrospektiv cohortstudie undersøkte indikasjonene for keisersnitt i 1992 og 2005 ved å gjennomgå 1500 sykehusjournaler (Stjernholm, Petterson og Eneroth, 2010).

Keisersnittfrekvensen steg fra 11 prosent til 20 prosent i løpet av disse årene. Hovedårsaken for et planlagt keisersnitt tidlig på 90- tallet var unormalt leie hos foster eller dysfunksjonell livmor. Den dominerende årsaken for et planlagt keisersnitt i 2005 var mors ønske uten noen medisinsk indikasjon. Denne indikasjonen økte fra 10,5 prosent til 38,5 prosent for de planlagte keisersnittene i materialet. Studien viste ingen åpenbar endring i karakteristikk av populasjonen i løpet av disse årene. Den økte frekvensen av planlagte keisersnitt ble forklart med en endret holdning i den gravide befolkningen og blant obstetrikere. Forskerne forklarer derved oppmerksomhet på brukervedvirkning som å være en viktig kilde til økt bruk av teknologi (ibid). Forskerne foreslo at svangerskapsomsorgen må forbedres og standardiserte prosedyrer som kan hjelpe helsepersonell med beslutningsprosessen må utvikles (Stjernholm et al, 2010). Samtidig finnes forskning som peker i en annen retning, idet en studie kom frem til at mer enn 90 prosent av de gravide påstår at de ønsker å føde naturlig (Hildingson, Rådestad, Rubertsson og Waldenström, 2002).

Praksiser/ holdninger knyttet til bruk av teknologi i fødsler varierer. Obstetrikere vilje til å utføre keisersnitt uten medisinsk indikasjon varierer mellom regioner, land, kulturer og kjønn (Stjernholm et al, 2010). Respekten for kvinnens medvirkning var den årsaken som var hyppigst sitert for å gjennomføre et keisersnitt uten medisinsk indikasjon i 8 forskjellige land i løpet av perioden 2001- 2005 (Habiba, Kaminski, Da Fr'e, Marsal, Bleker og Librero, 2006). 49 prosent av de svenske obstetrikere var klare til å godkjenne og utføre keisersnitt på kun mors ønske (Stjernholm et al, 2010). Det er grunn til å anta at det samme gjelder jordmors holdninger. Enkeltindividets rett til egne valg er en sterk verdi. Denne ideologien påvirker jordmødrene, verdiene internaliseres i de profesjonelle normene (kapittel 2.4.2). De faglige vurderingene blir sekundære, noe som på sikt vil være uheldig helsemessig for fødekvinnene.

3.1.3 Defensiv fødselshjelp?

Forskerne hevdet at respekten for brukervedvirkning kan være sammensatt (Surtees, 2010). Årsakene kan være en defensiv fødselshjelp, der fødselshjelperne opplever et vanskelig dilemma, men ansvarliggjør de gravide ved å la de bestemme selv.

Denne praksisen er i tilfelle problematisk fordi fødekvinnene først og fremst er talskvinner for seg selv. Samtidig må fødselshjelperne ta hensyn til en part til, det ufødte barnet. I pasientrettighetsloven (1999) heter det at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig, for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Fødselshjelperne innfrir ønsker om for eksempel keisersnitt uten medisinsk indikasjon selv om de ikke trenger å etterkomme ønsket. De gir den nødvendige informasjonen om økt risiko (kapittel 2.2.1) som de er forpliktet til, og fraskriver seg dermed ansvar for valg som blir tatt (Stjernholm et al, 2010). Forskning viser at en naturlig fødsel (fødsel uten bruk av teknologisk inngripen) er tryggere enn keisersnitt for mor og barn både på kort og lang sikt (ibid). I tillegg understrekes det at bruk av kirurgi uten medisinsk indikasjon faller utenfor best mulig profesjonell praksis (Stjernholm et al, 2010).

Studier viser at jordmødre også kan praktisere defensivt og lar de gravide bestemme selv (Surtees, 2010).

3.1.4 Økonomisk motivert?

I Norge kan en se at keisersnittfrekvensen er lavere på Vestlandet. Der er det en entydig holdning til for eksempel keisersnitt på eget ønske, og kvinnene kan ikke reise en kort distanse for å kunne etterspørre keisersnitt ved et annet sykehus (MFR, 2008). På Østlandet er keisersnittfrekvensen høyere og det er flere sykehus å velge mellom (ibid). På grunn av retten til fritt sykehusvalg er det mer konkurranse om pasientene og dermed kan det være lettere å gi etter for ønsker og lettvinte løsninger.

I USA, 2005, ble det gjennomført en nasjonal spørreundersøkelse "Listening to Mothers II" (Martin, Hamilton, Sutton, Ventura, Menacker og Kirmeyer, 2007). Undersøkelsen ble gjennomført for å samle informasjon om kvinners holdninger, følelser, kunnskap og erfaringer med fødselshjelpen. Forskingen konkluderte med at brukarmedvirkning ble knyttet til økende bruk av teknologi som keisersnitt og EDA. Den økte frekvensen av intervensjoner kastet lys på viktigheten av at helsepersonell har en vesentlig rolle i forhold til å sjekke om kvinner fullt ut forstår informasjonen om konsekvensene relatert til de potensielle risikoene intervensjon medfører. Forskerne forklarte denne trenden med at helsepersonell fokuserer på pasientens preferanser og forventninger i en tid hvor pasienten inntar en kundelignende rolle ved valg av lege/ jordmor og valg av sykehus (ibid). Medvirkning fører således til økt bruk av teknologi ved fødsel.

I min intervjustudie uttrykte jordmødrene ved de største sykehusene at for lite tid førte til bruk av EDA ved fødsel, slik kunne jordmoren ta hånd om to fødekvinner. Økonomiske insentiver og effektivisering av drift preger omsorgen de fødende kan få. Dersom helsepersonell får en dobbeltrolle, der de skal tenke økonomi samtidig med at de skal inneha en omsorgsrolle vil brukerne av helsetjenesten miste tillit til helsepersonellet (Lian, 2003). Brukermedvirkning krever at hjelperne har tid stadfestes av Gulbrandsen også (Gulbrandsen, 2000). Gravide og fødende trenger tid til støtte, informasjon og medvirkning, og økende konsumorientering/risikotenkning må ikke nå en slik form at de gravides beslutninger blir tvunget til nivå 4 i Thompsons modell. En ansvarliggjøring på et slikt nivå vil ikke styrke de gravide. Helseprofesjonene ønsker å dele sin kunnskap og lytte til gravides preferanser og finne gode verktøy for beslutningstaking, slik vil de gravide bli styrket.

3.1.5 Gode nok kilder til informasjon?

Fokus på brukermedvirkning har utvilsomt bidratt til at de gravide har blitt oppmuntret til å ta større del i beslutninger under svangerskap og fødsel. De gravide søker informasjon blant ulike kilder som bøker, internett, ukeblad, anekdoter fortalt av venner og familie og i media. Som tidligere nevnt så tenderer media til å rapportere om de positive sidene ved ny teknologi snarere enn de negative sidene (kapittel 2.2.2), slik førte medvirkning til økt bruk av teknologi. Samtidig så vet en at gravide ikke diskuterte informasjon de fikk med fagpersoner, eller fagpersoner så ikke hvilken rolle de hadde for å møte et økende fokus på brukermedvirkning (Larsson, 2007).

De som arbeider i svangerskapsomsorgen må sette fokus på dette og være i stand til å gi råd til gravide kvinner om web basert informasjon som er av god kvalitet, for deretter å diskutere denne informasjonen med dem i løpet av svangerskapskontrollene. På det viset kan brukermedvirkning være hensiktsmessig og føre til at de gravide bli styrket.

4.0 KONKLUSJON

I intervjuene med jordmødrene i studien "Jordmødres refleksjoner vedrørende samhandlingen med fødekvinne ved valg av epiduralbedøvelse" fremstod medvirkning helt tydelig som en styrende faktor for graden av teknologisering, i form av epiduralbedøvelse, under fødselen.

Sammenhengen mellom medvirkning og bruk av teknologi er for øvrig lite utforsket, men noe forskning understøtter at medvirkning kan være en av flere faktorer som kan medføre økt teknologisering. Forskningslitteratur funnet ved søk peker mot at ulik teknologi kan være ugunstig for helsen til mor/barn.

Holdningene endrer seg og det er grunn til å anta at stadig flere vil komme med ferdig bestilling i form av tydelige krav, det vil si tilsvarende nivå 4 i Thompsons taksonomi. Som et eksempel på kvinner som befinner seg på dette nivået, har vi de kvinnene som ber om keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Dersom det fortsatt blir en stadig økning av kvinner som befinner seg på nivå 4 i Thompsons taksonomi for pasientinvolvering, er det grunn til å tro at det vil få alvorlige konsekvenser for kvinners helse. Medvirkning på et slikt nivå, kan med andre ord føre til at noe som virker som en lettvinnt løsning, kan gi dårligere helse for kvinner på kort og lang sikt. Det vil være viktig fremover å diskutere hvor mye enkeltindividet skal få bestemme selv.

Brukermedvirkning krever at hjelperne har tid stadfestes i forskningen (kap 3.1.4). Gravide og fødende trenger tid til støtte, informasjon og medvirkning og organisering av fødselshjelpen må legge til rette for dette. Økende konsumorientering/ risikotenkning må ikke nå en slik form at de gravides beslutninger blir tvunget til nivå 4 i Thompsons modell. En ansvarliggjøring på et slikt nivå vil ikke styrke de gravide.

Paradoksalt nok er det slett ikke slik at kvinners eget valg alltid er det beste for kvinnen selv. Kunnskapen om ulempene ved bruk av teknologi, som bruk av EDA eller ennå tydeligere ved keisersnitt, er det fagpersoner som har. Jordmor kommer imidlertid i et dilemma i forhold til hvor langt hun skal gå i å informere om ulempene. Her er for eksempel det etisk betenkelige: en risiko for å påføre skyldfølelse dersom kvinnen/barnet skulle få en komplikasjon/ skade og det er brukt teknologi som et resultat av kvinnens ønske /krav. Slik sett ser vi at medvirkning lett kan føre til etiske dilemma for jordmor, hvor hun må gi avkall på å bruke egne profesjonskunnskaper om hva som ville være det beste for mor/barn på sikt. Fødselshjelpen blir defensiv.

Medvirkning er et viktig og aktuelt ideale i dagens helsevesen, men kunnskap og gode kilder som grunnlag for kunnskap er vesentlig for medvirkning. Dersom medvirkningen får en slik form at jordmødrene mister muligheten til å bruke egne faglige vurderinger er det en

skremmende utvikling. Dersom de faglige vurderingene blir sekundære er det noe som på sikt vil være uheldig helsemessig for fødekvinnene.

Medvirkning er ment som styrking av enkeltindividet. Samtidig ser vi at for fødekvinner kan medvirkning i uheldige tilfeller føre til skade for mor/barn, noe som jo er det motsatte av en styrkning.

REFERANSELISTE

- Anim-Somuah, M., Smyth, R. og Howell, C. (2009). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 13. Doktoravhandling. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment- ulike tilnærminger. I: O.P.Askheim og B. Starrin, B (red). *Empowerment i teori og praksis (s. 21- 33)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gulbrandsen, P. (2000) *Styrking - det rette norske begrep for empowerment?* Tidsskr Nor Lægeforen, 120: 2330.
- Gottfredsdottir, H. og Björnsdottir, K. (2009). Have you had the test? A discourse analysis of media presentation of prenatal screening in Iceland 2009. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10, 1-8.
- Habiba, M., Kaminski, M., Da Fr'e, M., Marsal, K., Bleker, O., og Librero, J. et al. (2006). Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *British Journal of Obstetric and Gynecology*. 113, 439- 442.
- Hildingson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C. og Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by cesarean section. *British Journal of Gynecology*, 109, 618- 23.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 186, 160- 72.
- Hodnett, E. D. Gates, S., Hofmeyr, G. J. og Sakala, C. (2009). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003766.
- Kringeland, T., Daltveit, A.K. og Møller, A. (2010). How does preference for Natural

- Childbirth relate to the actual mode of delivery? A population- based cohort study from Norway. *Birth*, 37 (1), 21-27.
- Lavender, T., Hofmeyer, G. J., Neilson, J.P., Kingdon, C. og Gyte, G.M. (2006). Caeseraen section for non- medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic reviews*. Issue 3. Art. No.: CD 004660.
- Larsson,M.(2007).A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy- related information. *Midwifery*, in press, available online april 2007.
- Lian, O. (2003). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lundgren, I., Berg, M. og Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of midwifery & women's health*. 48(5), 322- 328.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Menacker, F., Kirmeyer, S., et al. (2007). Listening to mothers. *National Vital Statistics Reports*, 56, 1-104.
- McCool, W. F., Packman, J. og Zwerling, A. (2004). Obstetric anesthesia: changes and choices. *J Midwifery Womens Health*, 49, 505-513.
- Mcdonald, R., Mead, N., Cheragi-Sohi, S., Bower, P., Whalley, D. and Roland, M. (2007). Governing the ethical consumer: identity, choice and the primary medical encounter, *Sociology of Health & Illness*, 29, 430-456.
- Nilssen, T. (1984). Brukermedvirkning. Holdninger og praksiserfaringer. IFIM
- Raynes- Greenow, C.H., Roberts, C.H.,McCaffery, K. og Clarke, J. (2007). Knowledge and decision- making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery*, 23 (2), 139- 145.
- Rønning, R. (2005). Den institusjonelle ydmykingen. *Nordisk sosialt arbeid*, 2 (25), 111- 121.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.

- Staff, A. (2009). Keisersnitt – til nytte eller skade? *Tidsskr Nor Legeforening*, 129,1321.
- Statens helsetilsyn. (1996). Faglige krav til fødeinstitusjoner. *Statens helsetilsyns utredningsserie*, 1- 97. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Stjernholm, Y.V., Petterson, K. og Eneroth, E. (2010). Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 89, 49- 53.
- Surtees,R. Everybody expects the perfect baby... and perfect labour... and so you have to protect yourself: discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa/ New Zealand, *Nursing Inq*, 17 (1) (2010) 82-92.
- Thompson AGH. (2007).The meaning of patient involvement and participation in health . care consultations: A taxonomy. *Social Science Medicine*, 64, 1297-320.
- Tjora, A. (2008). *Den moderne pasienten*.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tollånes, M.C. (2009). Increased rate of Caesarean sections- causes and consequences. *Tidsskrift Norsk legeforening*, 129 (13), 1329- 31.
- Waldenstrom, U. og Irestedt, L. (2006). Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 147-156.
- Lastet ned fra internett august 2010:
Lov om pasientrettigheter(2001). Lovdata [On-line]. Available:<http://www.lovdata.no>
- Medisinsk fødselsregister (2008). Medisinsk fødselsregister. Medisinsk fødselsregister [On-line]. Available: <http://www.fhi.no/mfr>
- Stortingsmelding nr 12. (2008). En gledelig begivenhet.
<http://www.regjeringen.no/pages/2152512/PDFS/STM200820090012000DDDPDFS.pdf>
- NOU. (1999). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-13/9/6/2.html?id=352986>



Vedlegg 1

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt med tittelen:

”Jordmødres refleksjoner, vedrørende samhandling med fødekvinnen, ved valg av epiduralbedøvelse”.

Jeg er jordmor og masterstudent på Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Min hovedveileder under oppgaveskrivingen vil være førsteamanuensis Christina Foss, ansatt ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Biveileder er helsefaglig forskningsleder Ellen Blix, ansatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge. I forbindelse med masteroppgaven ønsker jeg å få dine erfaringer knyttet til hvordan jordmor samhandler med fødekvinnen vedrørende valget om å anvende/ ikke anvende epiduralbedøvelse til førstegangs fødende under normal fødsel.

Hensikten med prosjektet

Den planlagte studien retter fokus på de vurderingene jordmor gjør når hun veileder fødekvinnen i valg av EDA. Målet med studien er todelt. For det første å løfte jordmorsens bevisste – og ubevisste oppfatninger om bruk av EDA fram i lyset og for det andre å beskrive hvordan samhandlingen mellom jordmor og fødekvinne påvirker prosessen sett fra jordmors ståsted.

Gjennomføring av undersøkelsen.

Dersom du samtykker til å delta vil jeg ta kontakt med deg for å avtale tid for intervju som vil foregå på et uforstyrret rom utenfor avdelingen. Hvert intervju vil vare fra 30 – 60 minutter. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut. Lydbånd som blir brukt under datasamling vil bli slettet etter utskriving, senest 4 uker etter intervjuet. Alle data vil bli anonymisert, det vil si at det ikke vil være mulig å identifisere deltagerne i undersøkelsen verken i forskningsfilene eller når resultatene presenteres.

Du velger selv

Deltagelse i prosjektet er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn.

Deltagelse

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen ber vi deg om å skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Du vil bli kontaktet for evt. ytterligere informasjon og for å avtale tid og sted for intervjuet. Ta gjerne kontakt hvis du lurer på noe, enten på mobil 41564567, eller på e-mail: solfrid.forbord@rikshospitalet.no

Med vennlig hilsen

Solfrid Forbord

Masterstudent ved Universitetet i Oslo

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag,

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker i å være med i undersøkelsen ” Jordmødres refleksjoner, vedrørende samhandling med fødekvinnen, ved valg av epiduralbedøvelse”.

Jeg har lest informasjonsskrivet og er informert om at opplysningene som gis i intervjuet vil bli behandlet anonymt. Jeg er også innforstått med at jeg er frivillig med i undersøkelsen og kan trekke meg når som helst uten å oppgi grunn.

.....

Sted

.....

Dato

.....

Underskrift

Vedlegg 3

Tematisk guide

Hva er en fødsel og hva er EDA?

Påvirker du – hvordan – faktorer i samhandling

Kollegaer - kultur - retningslinjer

Syn på medvirkning

Utvikling over tid

Til slutt: utdanning, alder, antall år med erfaring

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 634

Ingrid Christina Foss
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 15.05.2009

Vår ref: 21847 / 2 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.04.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 13.05.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

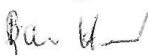
21847	<i>Jordmodres refleksjoner vedrørende samhandling med fødekvinnen ved valg av epiduralbedøvelse</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ingrid Christina Foss</i>
Student	<i>Solfrid Forbord</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26

✓ Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Solfrid Forbord, Skyttafaret 16 A, 1481 HAGAN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svt.uit.no

VEDLEGG 5 Meldeskjema personvernombud

Meldeskjema - Forskning og databehandlinger

Meldeskjema for forskningsstudier, kvalitetssikring og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter.

Utfyllt skjema lagres på disk og sendes som vedlegg til e-post sammen med eventuelt informasjonsskriv. Skjemaet sendes til sykehusets personvernombud for forskning. Se for øvrig informasjon på

1 INFORMASJON OM SØKEREN	
A. PROSJEKTLEDER	
Navn og stilling:	Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres:
Telefonnummer:	E-post/adresse:
B. MULTISENTERSTUDIE	
Er prosjektet en multisenterstudie?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Dersom ja, angi øvrige virksomheter som deltar: Skal noen av disse også ha kopi av elektronisk database/informasjon som etableres i prosjektet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
C. ANNEN DATABASEHANDLINGSANSVARLIG ENN SYKEHUSET INNLANDET HF?¹	
Er prosjektet organisert fra et legemiddelfirma eller annen ekstern virksomhet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Dersom ja, angi virksomhetens navn (Kopi av konsesjonen/godkjenning skal sendes personvernombudet, og prosjektet skal meldes til personvernombudet som meldepliktig prosjekt, dvs skjemaet fylles ut med unntak av punkt 5.4):	Universitetet i Oslo. Har meldt studien til NSD
Skal den eksterne også ha kodelisten/havnelisten over deltakere?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
2 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL	
Jordmødres refleksjoner vedrørende samhandling med fødende i forbindelse med fødekvinnens valg av epidural	
3 BESKRIV FORMÅLET MED BEHANDLINGEN/PROSJEKTET²	
Bidra til kunnskap slik at jordmødrene lettere forstår hva som skjer i samhandling med fødekvinnen ved valg av epidural. Faktorer som virker inn på valget ønskes utforsket.	
4 RETTSLIG GRUNNLAG FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGENE³	
4.1 Samtykke	
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra den registrerte?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis nei, begrunn hvorfor:	
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra andre enn den registrerte?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, av hvem?	
Hvis barn inkluderes, angi alder	
Skal det søkes om unntak fra taushetsplikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
ELLER	
4.2 Intern kvalitetssikring av pasientbehandling. Dette er ikke kvalifisert som forskning.	
<input type="checkbox"/> Ja, prosjektet oppfyller helsepersonelloven § 26. Opplysningene må være slettet eller anonymisert før eventuell publisering av resultater. Må publiseres som kvalitetssikring, ikke som forskning. Det kreves ikke samtykke (ref. punkt 5.1). Personopplysningsloven § 33 4. ledd gir unntak for konsesjon, men krever melding. Det er ikke krav til samtykke, men pasienter som har reservert seg mot slik bruk av opplysningene skal respekteres.	
ELLER	
4.3 Annet som hjemler melding, angi årsak/hjemmel:	
5 FREMLEGGINGSPLIKT m.m.	

¹ For alle studier som startes i regi av Sykehuset Innlandet HF og som bruker pasientdata som utgår fra sykehuset vil normalt databehandlingsansvarlig være Sykehuset Innlandet HF.

² Behovet for konsesjon/melding er knyttet opp til hvilket formål man har med behandlingen av personopplysningene. Pasientjournalssystemet er meldt i sin helhet, og har lov hjemlet formål. Når informasjon i journalssystemet skal benyttes til andre formål, kommer behovet for konsesjon, alternativt ny melding, opp, og man må angi formålet med den nye bruken/behandlingen av personopplysningene. Formulering av formålet er derfor viktig. Tilsvarende gjelder for annen innsamling og behandling av pasient-/personopplysninger. Formålet må samsvare med det som beskrives i samtykket fra hver enkelt person som deltar i studien.

³ Som hovedregel skal informert samtykke innhentes.

Meldeskjema - Forskning og databehandlinger

<input type="checkbox"/> Fremleggingsplikt for De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk <input type="checkbox"/> Søknadsplikt til Statens legemiddelverk <input type="checkbox"/> Registrering i clinicaltrials.gov <input type="checkbox"/> Bioteknologiloven kommer til anvendelse (det utføres genetiske undersøkelser hvor deltakeren gis tilbakemelding om resultatet) <input type="checkbox"/> Utpøving av medisinsk teknisk utstyr som skal godkjennes av Helsedirektoratet		
6 PROSJEKTPERIODE		
Studiestart (dd.mm.åååå): 10.10.2009	Studieslutt(dd.mm.åååå) ⁴ : 01.06.2011	Sletting/anonymisering av data (dd.mm.åååå) ⁵ : 01.06.2011 Beskriv hvordan data vil bli slettet/anonymisert: Navn vil bli aidentifisert, intervjuene vil bli makulert i en makuleringsmaskin
7 HUMANT, BIOLOGISK MATERIALE		
Medfører prosjektet bruk av humant, biologisk materiale som tas kun for denne studien eller fra en diagnostisk biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Dersom ja: Opprettes forskningsbiobanken fra en eksisterende biobank? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Hvis ja, angi: navn på biobank: biobankregisternr.:		
Opprettes forskningbiobanken som en ny biobank ? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei		
Ansvarshavende person for biobanken (Biobankloven §7): Forskningsbiobankens navn: Forskningsbiobankens innhold (vev, blod og lignende):		
Ved avsluttet prosjekt Hva skjer med biobankmaterialet?: <input type="checkbox"/> Materialet destrueres <input type="checkbox"/> Materialet føres tilbake til eksisterende biobank Annet:		
Hva skjer med forskningsdata utledet av biobankmaterialet?:		

⁴ Når prosjektet er ferdigstilt. Dette inkluderer innsamling, analyse/vurdering, artikkelskriving/konklusjon.

⁵ Data skal lagres i en viss tid etter at prosjektet er ferdigstilt (analyse er gjennomført) for mulig etterprøving. I forskningsstudier skal data lagres 5 år (Norsk Lægemedelforening) etter publisering, og for klinisk utprøving skal data lagres i minst 15 år etter innsendt sluttrapport til SLV. Enkelte større tidsskrifter krever 10 års oppbevaring for etterprøving. Data kan ikke oppbevares etter prosjektslutt for kvalitetssikring. Dersom forskningsprosjektet er finansiert av Norges forskningsråd, skal sluttrapport og prosjektdata arkiveres på betryggende måte i minimum 10 år etter avslutning av prosjektet (se punkt 5.3 i Norges forskningsråds generelle kontraktsvilkår).

8 DETALJER OM PROSJEKTETS INFORMASJONSBEHANDLING	
Det minnes om følgende ansvar ifm innsamling, registrering og bruk av personopplysninger: <ul style="list-style-type: none"> • opplysningene skal være tilstrekkelige og relevante i forhold til formålet med den planlagte databehandling • opplysningene skal være korrekte og oppdaterte 	
8.1 Type personopplysninger behandlingen skal omfatte:	
8.1.1 Hvis det benyttes kobling mot forskriftsregulerte registre, som for eksempel fødselsregister, krefregister eller dødsårsaksregister, eller interne konsesjonsbelagte registre, angi hvilke registre: Angi totalt antall inkluderte: Angi antall år opplysningene vil bli lagret, inkludert oppbevaring for etterprøving: 2	
8.1.2 Ikke-sensitive personopplysninger <u>Identifikasjonsopplysninger</u> <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> Fødselsnummer (11 siffer) <input type="checkbox"/> Fingeravtrykk, iris <input checked="" type="checkbox"/> Annet: Lydopptak <u>Opplysninger om tredjepersoner</u> <input type="checkbox"/> Navn, adresse, fødselsdato <input type="checkbox"/> Fødselsnummer (11 siffer) <input type="checkbox"/> Annet: <u>Adferdsopplysninger</u> <input type="checkbox"/> Loggføring av adferd <input type="checkbox"/> Preferanser (ønsker, behov og lignende) <input type="checkbox"/> Annet:	8.1.3 Sensitive personopplysninger (jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8) <u>Prosjektet omfatter opplysninger om</u> <input type="checkbox"/> rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> at en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> helseforhold <input type="checkbox"/> seksuelle forhold <input type="checkbox"/> fagforeningstilhørighet Presiser nærmere: Behandles spesielt inngripende opplysninger, i såfall hvilke?
8.2 Utvalg	
Behandlingen omfatter opplysninger om (beskriv også eventuell kontrollgruppe): <input checked="" type="checkbox"/> Ansatte i egen virksomhet <input type="checkbox"/> Elever/studenter/ barnehagebarn <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Tilfeldig utvalgte <input type="checkbox"/> Adgangskontrollerte <input type="checkbox"/> Medlemmer <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Seleksjonsutvalgte <input type="checkbox"/> Friske frivillige Dersom det skal gis godtgjørelse, beskriv nærmere:	
8.3 Innsamling av opplysningene	
Hvordan samles personopplysningene inn? <input type="checkbox"/> Manuelt <input type="checkbox"/> Elektronisk (bilde og tekst) <input type="checkbox"/> Videoopptak <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input type="checkbox"/> Annet (beskriv hvordan): Hvor innhentes personopplysningene fra? <input checked="" type="checkbox"/> Fra den registrerte selv <input type="checkbox"/> Annet (beskriv hvor fra): Hvordan oppnås kontakt med de som skal inkluderes? Via kontaktperson som avdelingsjordmor oppnevner Hvis innsamling av personopplysninger skal gjøres fra andre virksomheter, hvordan skal dette gjennomføres?	
8.4 Utlevering av opplysningene	
Blir personopplysningene gjort tilgjengelige/utlevert til andre virksomheter? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dersom ja: Oppgi mottakeres navn og adresse: Universitetet i Oslo (databehandlingsansvarlig). Hovedveileder Christina Foss og biveileder Ellen Blix vil lese de transkriberte intervjuene Er virksomheten innenfor EU/EØS?: <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Vil den eksterne virksomheten brukes som ressurs/laboratorium/annet for denne studien? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei Vil mottakeren ha eget formål/studie? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Vedlegg 6 Eksempel på søknad til klinikksjef

Solfrid Forbord

Skyttafare 16 1481 Hagan

Klinikksjef

Oslo 17-10-09

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt med tittelen:

”Jordmødres refleksjoner, vedrørende samhandling med fødekvinnen, ved valg av epiduralbedøvelse”.

Jeg er jordmor og masterstudent på Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Min hovedveileder under oppgaveskrivingen vil være førsteamanuensis Christina Foss, ansatt ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Biveileder er helsefaglig forskningsleder Ellen Blix, ansatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge. I forbindelse med masteroppgaven ønsker jeg å få erfaringer knyttet til hvordan jordmor samhandler med fødekvinnen vedrørende valget om å anvende/ ikke anvende epiduralbedøvelse til førstegangsfødende under normal fødsel.

Hensikten med prosjektet

Den planlagte studien retter fokus på de vurderingene jordmor gjør når hun veileder fødekvinnen i valg av EDA. Målet med studien er todelt. For det første å løfte jordmorsens bevisste – og ubevisste oppfatninger om bruk av EDA fram i lyset og for det andre å beskrive hvordan samhandlingen mellom jordmor og fødekvinne påvirker prosessen sett fra jordmors ståsted.

Gjennomføring av undersøkelsen.

Jeg har vært i telefonkontakt med jordmorved fødeavdelingen iog hun stilte seg positiv til å rekruttere respondent. Dersom du samtykker til at jeg gjennomfører studien vil jeg på ny ta kontakt med jordmoren for rekruttering av respondent. Intervjuet vil vare fra 30 – 60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut. Lydbånd som blir brukt under datasamling

vil bli slettet etter utskriving, senest 4 uker etter intervjuet. Alle data vil bli anonymisert, det vil si at det ikke vil være mulig å identifisere deltagerne i undersøkelsen når resultatene presenteres. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Respondentene velger selv

Deltagelse i prosjektet er frivillig og de kan når som helst trekke seg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn.

Deltagelse

De som ønsker å delta i undersøkelsen vil få skriftlig informasjon og bli bedt om å skrive under på den vedlagte samtykke-erklæringen. De vil bli kontaktet for evt. ytterligere informasjon og for å avtale tid og sted for intervjuet. Ta gjerne kontakt hvis du lurer på noe, enten på mobil 41564567, eller på e-mail: solfrid.forbord@rikshospitalet.no

Med vennlig hilsen

Solfrid Forbord

Masterstudent ved Universitetet i Oslo

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag,

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Vedlegg 7 Eksempel på svar fra
klinikkssjef

Solfrid Forbord
Skyttafare 16A
1481 HAGAN

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/00012-14/520/1

Dato: 21.09.2009

**FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT - JORDMØDRES
REFLEKSJONER VEDRØRENDE SAMHANDLING MED FØDEKVINNEN VED
VALG AV EPIDURALBEDØVELSE**

Har snakket med avdelingssjef [redacted] som stiller seg positiv til deltagelsen.
Du kan da bare ta kontakt med avdelingsjordmor på fødeavdelingen hos oss.

Med vennlig hilsen

[redacted]
[redacted]
[redacted]